ALFONSO CHAVEZ FIERRO, Secretario de la Contraloría del Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro, en ejercicio de las atribuciones que me confieren los artículos 23, fracciones I, II, IV y XIX de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro, y 7 fracción I del Reglamento Interior de la Secretaría de la Contraloría del Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro, y

CONSIDERANDO

1. La Secretaría de la Contraloría del Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro, cuenta con atribuciones para organizar y coordinar el Sistema de Control Interno y la evaluación de la gestión gubernamental, expedir las normas que regulen los instrumentos y procedimientos de control interno del Poder Ejecutivo del Estado y Entidades, vigilar el cumplimiento de las normas de control interno y fiscalización, así como asesorar y apoyar a los órganos internos de control de las dependencias y entidades paraestatales del Poder Ejecutivo y Coordinar, y supervisar el Sistema de Control Interno.

2. El Plan Estatal de Desarrollo Querétaro 2016-2021, en su eje rector "Querétaro con Buen Gobierno" considera en sus estrategias el "Fortalecimiento de una gestión transparente y que rinda cuentas en el Estado de Querétaro", así como el "Fomento de la eficiencia gubernamental en el Estado de Querétaro", a través de líneas de acción destinadas a "Modernizar los mecanismos de rendición de cuentas de la Administración Pública Estatal", "Fomentar una gestión del desempeño orientada a resultados en las instancias de Gobierno" y "Actualizar el marco normativo del Estado".

3. Con el objetivo de mejorar la gestión pública gubernamental en la Administración Pública Estatal, se pretende transformar el funcionamiento de las dependencias y entidades paraestatales del Poder Ejecutivo del Estado, a través de la mejora en la prestación de bienes y servicios a la población, el incremento en la eficiencia de su operación mediante la simplificación de sus procesos y normas; el mejor aprovechamiento de los recursos, la eficiencia de los procesos vinculados a las contrataciones que realiza el Estado; así como el aumento en la calidad del desempeño de los servidores públicos.

4. Bajo el marco del Acuerdo de Coordinación que celebró por una parte el Ejecutivo Federal, a través de la Secretaría de la Función Pública, y por la otra, el Ejecutivo del Estado Libre y Soberano de Querétaro de Arteaga, cuyo objeto es la realización de un programa de coordinación especial denominado "Fortalecimiento del Sistema Estatal de Control y Evaluación de la Gestión Pública, y Colaboración en Materia de Transparencia y Combate a la Corrupción", publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de Octubre del 2007, se estableció un programa de trabajo, para optimizar la gestión pública estatal, a través del fortalecimiento de control interno, se emitieron las Normas de Control Interno del Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro.

5. Derivado de los acuerdos adoptados dentro de la Comisión Permanente de Contralores Estados – Federación, las Contralorías de los estados, con rectoría de la Secretaría de la Función Pública, han asumido el compromiso de impulsar la implementación del Modelo Estatal de Marco Integrado de Control Interno (MEMICI) en las entidades federativas, en el marco del Sistema Nacional Anticorrupción (SNA) y del Sistema Nacional de Fiscalización (SNF).

6. Es necesario que la presente Administración Pública Estatal cuente con un instrumento normativo con las principales técnicas, procesos y procedimientos en materia de control interno, promueva la consecución de sus metas, objetivos, una eficiente administración de riesgos, y su seguimiento a través de un Comité de Control y Desempeño Institucional, constituido como un órgano colegiado de apoyo en la toma de decisiones relacionadas en esta área, se reduzcan la probabilidad de ocurrencia de actos contrarios a la integridad y aseguren el comportamiento ético de los servidores públicos, considerando la integración de las tecnologías de información en el control interno y consolidar los procesos de rendición de cuentas y de transparencia gubernamental, lo que redundará en el mejoramiento de las políticas y normas de aplicación general y en consecuencia en la eficiencia de la gestión pública estatal.

Con base en lo expuesto, tengo a bien expedir:

PRIMERO.- Se emite el ACUERDO QUE ESTABLECE LAS DISPOSICIONES EN MATERIA DE CONTROL INTERNO, PARA LOS SUJETOS OBLIGADOS DEL PODER EJECUTIVO DEL ESTADO DE QUERÉTARO Y SUS ENTIDADES (Fe de Erratas 12-I 2018, P. O. No. 3)

TÍTULO PRIMERO
DISPOSICIONES GENERALES

CAPÍTULO I
Objeto, Ámbito de Aplicación y Definiciones

Artículo 1. BASES DE REFERENCIA, OBJETO Y ÁMBITO DE APLICACIÓN.

El presente acuerdo tiene por objeto establecer las disposiciones en materia de control interno, que los sujetos obligados del Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro y sus entidades deberán observar, con el fin de implementar los mecanismos necesarios que contribuyan a: (Fe de Erratas 12-I 2018, P. O. No. 3)

I. Prevenir los riesgos que afecten el logro de sus metas y objetivos;
II. Promover la eficiencia de sus operaciones que encaminadas a alcanzar su misión, se realicen bajo el principio de transparencia en el ejercicio de la función pública;
III. Garantizar la confiabilidad, integridad y oportunidad de la información que generen como resultado del ejercicio de sus atribuciones; y
IV. Fortalecer el cumplimiento de leyes y disposiciones normativas.

Los Titulares, en su caso, el Órgano de Gobierno y los demás servidores públicos de las Instituciones que integran la Administración Pública Estatal, en adelante, las Instituciones, en sus respectivos niveles de control interno, establecerán, actualizarán y mantendrán en operación su sistema de control interno, tomando como referencia el Modelo Estatal del Marco Integrado de Control Interno del Sistema Nacional de Fiscalización y como base las presentes Disposiciones, para el cumplimiento del objetivo del control interno en las categorías correspondientes a operación, información, cumplimiento y salvaguarda.

***Artículo 2. DEFINICIONES**.*
Para efectos de las presentes Disposiciones se entenderá por: : (Fe de Erratas 12-I 2018, P. O. No. 3)

I. **Acción de control**: las actividades determinadas e implantadas por los Titulares y demás servidores públicos de las Instituciones, para alcanzar los objetivos institucionales, prevenir y administrar los riesgos identificados, incluidos los de corrupción y de tecnologías de la información;
II. **Acción de mejora**: las actividades determinadas e implantadas por los Titulares de las Instituciones y demás servidores públicos de las Instituciones para eliminar debilidades de control interno; diseñar, implementar y reforzar controles preventivos, detectivos o correctivos; así como atender áreas de oportunidad que permitan fortalecer el Sistema de Control Interno Institucional;
III. **Administración**: los servidores públicos de mandos superiores y medios diferentes al Titular de la Institución;
IV. **Administración de riesgos**: el proceso dinámico desarrollado para contextualizar, identificar, analizar, evaluar, responder, supervisar y comunicar los riesgos, incluidos los de corrupción, inherentes o asociados a los procesos por los cuales se logra el mandato de la Institución, mediante el análisis de los distintos factores que pueden provocarlos, con la finalidad de definir las estrategias y acciones que permitan mitigarlos y asegurar el logro de metas y objetivos institucionales de una manera

razonable, en términos de eficacia, eficiencia y economía en un marco de transparencia y rendición de cuentas;

V. **APE**: Administración Pública Estatal;

VI. **Área de oportunidad**: la situación favorable en el entorno institucional, bajo la forma de hechos, tendencias, cambios o nuevas necesidades que se pueden aprovechar para el fortalecimiento del Sistema de Control Interno Institucional;

VII. **Autocontrol**: la implantación de mecanismos, acciones y prácticas de supervisión o evaluación de cada sistema, actividad o proceso, que permita identificar, evitar y, en su caso, corregir con oportunidad los riesgos o condiciones que limiten, impidan o hagan ineficiente el logro de metas y objetivos institucionales;

VIII. **Carpeta electrónica**: la aplicación informática que contiene la información que servirá de base para el análisis y tratamiento de los asuntos que se presenten en las sesiones del Comité;

IX. **Comité o COCODI**: el Comité de Control y Desempeño Institucional;

X. **Competencia profesional**: la cualificación para llevar a cabo las responsabilidades asignadas, la cual requiere habilidades y conocimientos, que son adquiridos generalmente con la formación y experiencia profesional y certificaciones. Se expresa en la actitud y el comportamiento de los individuos para llevar a cabo sus funciones y cumplir con sus responsabilidades;

XI. **Control correctivo**: el mecanismo específico de control que opera en la etapa final de un proceso, el cual permite identificar y corregir o subsanar en algún grado, omisiones o desviaciones;

XII. **Control detectivo**: el mecanismo específico de control que opera en el momento en que los eventos o transacciones están ocurriendo, e identifican las omisiones o desviaciones antes de que concluya un proceso determinado;

XIII. **Control Interno**: el proceso efectuado por el Titular de la Institución, la Administración, en su caso el Órgano de Gobierno, y los demás servidores públicos de una Institución, con objeto de proporcionar una seguridad razonable sobre la consecución de las metas y objetivos institucionales y la salvaguarda de los recursos públicos, así como para prevenir actos contrarios a su integridad;

XIV. **Control preventivo**: el mecanismo específico de control que tiene el propósito de anticiparse a la posibilidad de que ocurran incumplimientos, desviaciones, situaciones no deseadas o inesperadas que pudieran afectar al logro de las metas y objetivos institucionales;

XV. **Debilidad de control interno**: la insuficiencia, deficiencia o inexistencia de controles en el Sistema de Control Interno Institucional, que obstaculizan o impiden el logro de las metas y objetivos institucionales, o materializan un riesgo, identificadas mediante la supervisión, verificación y evaluación interna, de los órganos de fiscalización;

XVI. **Dependencias**: Institución pública subordinada al Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro, de conformidad a lo dispuesto en sus Ley Orgánica;

XVII. **DPE**: Dirección de Prevención y Evaluación de la Secretaría de la Contraloría del Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro;

XVIII. **Disposiciones:** las Disposiciones en Materia de Control Interno y el Manual Administrativo
de Aplicación General en Materia de Control Interno;

XIX. **Economía**: los términos y condiciones bajo los cuales se adquieren recursos, en cantidad y calidad apropiada y al menor costo posible para realizar una actividad determinada, con la calidad requerida;

XX. **Eficacia**: el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales establecidos, en lugar, tiempo, calidad y cantidad;

XXI. **Eficiencia**: el logro de objetivos y metas institucionales programadas con la misma o menor cantidad de recursos;

XXII. **Elementos de control**: los puntos de interés que deberá instrumentar y cumplir cada Institución en su sistema de control interno para asegurar que su implementación, operación y actualización sea apropiada y razonable;

XXIII. **Entidades Paraestatales**: Las previstas en la Ley de la Administración Pública Paraestatal del Estado de Querétaro

XXIV. **Evaluación del Sistema de Control Interno Institucional**: el proceso mediante el cual se determina el grado de eficacia y de eficiencia con que se cumplen las normas generales de control interno y sus principios, así como los elementos de control del Sistema de Control Interno Institucional en sus tres niveles: Estratégico, Directivo y Operativo, para asegurar razonablemente el cumplimiento del objetivo del control interno en sus respectivas categorías;

XXV. **Factor de riesgo**: la circunstancia, causa o situación interna o externa que aumenta la probabilidad de que un riesgo se materialice;

XXVI. **Gestión de riesgos de corrupción:** Proceso desarrollado para contextualizar, identificar, analizar, evaluar, atender, monitorear y comunicar los riesgos que por acción u omisión, y que el uso indebido de recursos y de información, empleo, cargo o comisión, se pueden dañar los intereses de una Institución, para la obtención de un beneficio particular o de terceros; incluye soborno, fraude, apropiación indebida u otras formas de desviación de recursos por un funcionario público, nepotismo, extorsión, tráfico de influencias, uso indebido de información privilegiada, entre otras prácticas, en aquellos procesos o temáticas relacionados con áreas financieras, presupuestales, de contratación, de información y documentación, investigación y sanción, trámites y servicios internos y externos;

XXVII. **Impacto o efecto**: las consecuencias negativas que se generarían en la Institución, en el supuesto de materializarse el riesgo;

XXVIII. **Informe Anual**: el Informe Anual del estado que guarda el Sistema de Control Interno Institucional;

XXIX. **Institución (es)**: las que se refieren en las fracciones XVI y XXIII del presente numeral;

XXX. **Líneas de reporte**: las líneas de comunicación, internas y externas, a todos los niveles de la institución que proporcionan métodos de comunicación para la oportuna toma de decisiones;

XXXI. **Mapa de riesgos**: la representación gráfica de uno o más riesgos que permite vincular la probabilidad de su ocurrencia y su impacto en forma clara y objetiva;

XXXII. **Matriz de Administración de Riesgos**: la herramienta que refleja el diagnóstico general de los riesgos para identificar estrategias y áreas de oportunidad en la Institución, considerando las etapas de la metodología de administración de riegos;

XXXIII. **Mejora continua**: al proceso de optimización y perfeccionamiento del Sistema de Control Interno; de la eficacia, eficiencia y economía de su gestión; y de la mitigación de riesgos, a través de indicadores de desempeño y su evaluación periódica;

XXXIV. **MEMICI**: Modelo Estatal del Marco Integral de Control Interno aplicable a los tres órdenes de Gobierno del Estado Mexicano;

XXXV. **MIR:** Matriz de Indicadores para Resultados, herramienta de planeación estratégica que expresa en forma sencilla, ordenada y homogénea la lógica interna de los programas presupuestarios, a la vez que alinea su contribución a los ejes de política pública y objetivos del Plan Estatal de Desarrollo y sus programas derivados, y a los objetivos estratégicos de las dependencias y entidades; y que coadyuva a establecer los indicadores estratégicos y de gestión, que constituirán la base para el funcionamiento del Sistema de Evaluación del Desempeño;

XXXVI. **Modelo Estándar de Control Interno**: al conjunto de normas generales de control interno y sus principios y elementos de control, los niveles de responsabilidad de control interno, su evaluación, informes, programas de trabajo y reportes relativos al Sistema de Control Interno Institucional;

XXXVII. **Objetivos Institucionales:** Conjunto de metas específicos que conforman el desglose lógico de los programas emanados del Plan Estatal de Desarrollo;

XXXVIII. **OIC**: *Órgano Interno de Control de las dependencias del Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro y entidades paraestatales* (Fe de Erratas 12-I 2018, P. O. No. 3)
;

XXXIX. **Oportunidad:** La formulación y entrega de la información en el tiempo requerido para su uso;

XL. **Órgano de Gobierno:** El cuerpo colegiado de la administración de las entidades paraestatales encargado de garantizar el cumplimiento de los objetivos institucionales;

XLI. **PEEQ:** Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro;

XLII. **Probabilidad de ocurrencia**: la estimación de que se materialice un riesgo, en un periodo determinado;

XLIII. **Procesos administrativos**: aquellos necesarios para la gestión interna de la Institución, que no contribuyen directamente con su razón de ser, ya que dan soporte a los procesos sustantivos;

XLIV. **Procesos sustantivos / Prioritarios**: aquellos que se relacionan directamente con las funciones sustantivas de la Institución, es decir, con el cumplimiento de su misión;

XLV. **Programa presupuestario**: la categoría programática que organiza, en forma representativa y homogénea, las asignaciones de recursos públicos para el cumplimiento de objetivos y metas institucionales;

XLVI. **PTAR**: el Programa de Trabajo de Administración de Riesgos;

XLVII. **PTCI**: el Programa de Trabajo de Control Interno;

XLVIII. **Riesgo**: el evento adverso e incierto, externo o interno, que derivado de la combinación de su probabilidad de ocurrencia y el posible impacto pudiera obstaculizar o impedir el logro de las metas y objetivos institucionales;

XLIX. **Riesgo de corrupción**: la posibilidad de que por acción u omisión, mediante el abuso del poder o el uso indebido de recursos o de información, empleo, cargo o comisión, se dañan los intereses de una Institución, para la obtención de un beneficio particular o de terceros;

L. **SECON**: Secretaría de la Contraloría del Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro;

LI. **Seguridad razonable**: el alto nivel de confianza, más no absoluta, de que las metas y objetivos de la Institución serán alcanzados;

LII. **Sistema de Control Interno Institucional o SCII**: el conjunto de procesos, mecanismos y elementos organizados y relacionados que interactúan entre sí, y que se aplican de manera específica por una Institución a nivel de planeación, organización, ejecución, dirección, información y seguimiento de sus procesos de gestión, para dar certidumbre a la toma de decisiones y conducirla con una seguridad razonable al logro de sus metas y objetivos en un ambiente ético e íntegro, de calidad, mejora continua, eficiencia y de cumplimiento de la ley;

LIII. **Sistema de información**: el conjunto de procedimientos ordenados que, al ser ejecutados, proporcionan datos para apoyar la toma de decisiones y el control de la Institución;

LIV. **Sistema informático**: la herramienta electrónica administrada por la DPE para sistematizar el registro, seguimiento, control y reporte de información de los procesos previstos en las presentes Disposiciones;

LV. **Sujetos obligados**: L*as* Dependencias del Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro, sus Órganos Desconcentrados y las Entidades Paraestatales. (Fe de Erratas 12-I 2018, P. O. No. 3)

LVI. **TIC´s**: las Tecnologías de la Información y Comunicaciones;

LVII. **Secretario:** Titular de la Secretaría de la Contraloría del Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro;

LVIII. **Unidades administrativas**: las comprendidas como tales en el reglamento interior, estatuto orgánico o estructura orgánica básica de una Institución, responsables de ejercer la asignación presupuestaria correspondiente; y

LIX. **UTIC**: la Unidad Administrativa en la Institución, responsable de proveer infraestructura y servicios de TIC´s.

CAPÍTULO II
Responsables de su Aplicación y Vigilancia

Artículo 3. RESPONSABLES DE SU APLICACIÓN.

Es responsabilidad del Órgano de Gobierno, los Titulares y servidores públicos de las Instituciones que integran la Administración Pública Estatal de Querétaro, establecer y actualizar el SCII, evaluar y supervisar su funcionamiento, así como ordenar las acciones para su mejora continua; además de instrumentar los mecanismos, procedimientos específicos y acciones que se requieran para la debida observancia de las presentes Disposiciones.
En la implementación, actualización y mejora del SCII, se identificarán y clasificarán los mecanismos de control en preventivos, detectivos y correctivos, privilegiándose los preventivos y las prácticas de autocontrol, para evitar que se produzcan resultados o acontecimientos no deseados o inesperados que impidan en términos de eficiencia, eficacia y economía el cumplimiento de las metas y objetivos de las Instituciones.

Artículo 4. DESIGNACIÓN DE COORDINADOR DE CONTROL INTERNO Y ENLACE.
El Titular de la Institución, mediante oficio dirigido al Secretario, designará a un servidor público de nivel jerárquico inmediato inferior, como Coordinador de Control Interno, para asistirlo en la aplicación y seguimiento de las presentes Disposiciones.

El Coordinador de Control Interno designará a un Enlace del SCII, mediante oficio dirigido al Titular de la DPE, para cada uno de los procesos contemplados en este instrumento, quienes deberán tener un nivel jerárquico inmediato inferior a éste; se podrá nombrar a un servidor público como Enlace del SCII en más de un proceso.

Artículo 5. VIGILANCIA Y ASESORÍA.
La SECON por sí o a través, de la DPE o los OIC, conforme a sus respectivas atribuciones, serán responsables de vigilar la implementación y aplicación adecuada de las Disposiciones; adicionalmente en el ámbito de su competencia, otorgarán la asesoría y apoyo que corresponda a los Titulares y demás servidores públicos de las Instituciones en la implementación y seguimiento de su SCII.

CAPÍTULO III
Promoción y Comunicación

Artículo 6. USO DE TIC´S
Los Titulares de las Instituciones deberán promover que la Administración diseñe los sistemas de información institucional y las actividades de control asociadas, a fin de alcanzar los objetivos y responder a los riesgos.

Los sistemas informáticos existentes y los que se desarrollen para sistematizar los procedimientos de trabajo a los que se refieren estas Disposiciones, deberán asegurar la información con otras aplicaciones de TIC’s.

La SECON debe propiciar la implementación de sistemas Informáticos de Información, mediante la adopción de políticas públicas que coadyuven a mejorar los procesos administrativos gubernamentales y fortalezcan la ejecución, el control y la sistematización la información; así como la rendición de cuentas.

En la adopción de TIC’s se deberá observar lo previsto en las disposiciones que establezca la Secretaría de Planeación y Finanzas del PEEQ o el equivalente de los sujetos obligados en esta materia, y propiciar un mejor aprovechamiento de los recursos públicos, para la adecuada administración de la información y garantizar la rendición de cuentas.

TÍTULO SEGUNDO

MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO

CAPÍTULO I
Estructura del Modelo

Artículo 7. CATEGORÍAS DEL OBJETIVO DEL CONTROL INTERNO.

El control interno tiene la finalidad de proporcionar una seguridad razonable en el logro de objetivos y metas de la Institución, la salvaguarda de los recursos públicos y prevenir la corrupción, considerando la interrelación de esos objetivos, bajo la siguiente clasificación:

I. Operación: eficacia, eficiencia y economía de las operaciones, programas y proyectos;
II. Información: confiabilidad, veracidad y oportunidad de la información financiera, presupuestaria y de operación;
III. Cumplimiento: observancia del marco legal, reglamentario, normativo y administrativo aplicable a las Instituciones; y
IV. Salvaguarda: protección de los recursos públicos y prevención de actos de corrupción.

Artículo 8. NORMAS GENERALES, PRINCIPIOS Y ELEMENTOS DE CONTROL INTERNO.

Los componentes del control interno representan el nivel más alto en la jerarquía del MEMICI, los cuales deben ser implementados adecuadamente y deben operar en conjunto y de manera sistémica, para que el control interno sea apropiado. Los cinco componentes de control interno son:

A. PRIMERA NORMA GENERAL. AMBIENTE DE CONTROL.

Es la base que proporciona la disciplina y estructura para lograr un sistema de control interno eficaz e influye en la definición de los objetivos y la constitución de las actividades de control. Para la aplicación de esta norma, los Titulares de las Instituciones, en su caso, el Órgano de Gobierno, deberán establecer y mantener un ambiente de control en toda la Institución, que implique una actitud de respaldo hacia el control interno, así como vigilar la implementación y operación en conjunto y de manera sistémica de los siguientes principios y elementos de control.

La presente norma aplicara en los niveles de responsabilidad: Estratégico, Directivo y Operativo, en donde los Titulares de las Instituciones, deberán asegurarse de su cabal cumplimiento.

Principio 1. Mostrar actitud de respaldo y compromiso.
Los Titulares y servidores públicos de las Instituciones, así como el Órgano de Gobierno deben tener una actitud de compromiso con la integridad, los valores éticos, las normas de conducta, así como la prevención de irregularidades administrativas y actos contrarios a la integridad.

1.1 Actitud de Respaldo del Titular y la Administración.
Los Titulares y servidores públicos de las Instituciones, así como el Órgano de Gobierno deben demostrar la importancia de la integridad, los valores éticos y las normas de conducta en sus directrices, actitudes y comportamiento.

Los Titulares y servidores públicos de las Instituciones, así como el Órgano de Gobierno deben guiar a través del ejemplo sobre los valores, la filosofía y el estilo operativo de la Institución. Asimismo, deben establecer la actitud de respaldo en toda la Institución a través de su actuación y ejemplo, lo cual es fundamental para lograr un control interno apropiado y eficaz.

Las directrices, actitudes y conductas de los Titulares de las Instituciones y en su caso, del Órgano de Gobierno deben reflejar la integridad, los valores éticos y las normas de conducta que se esperan por parte de los servidores públicos en la Institución. De igual manera, deben reforzar el compromiso de hacer lo correcto y no sólo de mantener un nivel mínimo de desempeño para cumplir con las disposiciones jurídicas y normativas aplicables.
La actitud de respaldo de los Titulares de las Instituciones, puede ser un impulsor, como se muestra en los párrafos anteriores, o un obstáculo para el control interno.

La actitud de respaldo contribuirá decididamente a evitar que la identificación de riesgos quede incompleta y, por ende, la respuesta a los riesgos sea inapropiada, y que las actividades de control no se diseñen o implementen apropiadamente.

1.2 Normas de Conducta.
La Administración debe establecer directrices para comunicar las expectativas en materia de integridad, valores éticos y normas de conducta.

La Administración, con la supervisión del Titular de la Institución, en su caso, del Órgano de Gobierno, debe definir las expectativas que guarda la institución respecto de los valores éticos en las normas de conducta.

1.3 Apego a las Normas de Conducta.
La Administración debe establecer procesos para evaluar el desempeño del personal frente a las normas de conducta de la Institución y atender oportunamente cualquier desviación. Dichas normas de conducta se deben tomar como base para evaluar el apego a la integridad, los valores éticos y las normas de conducta en toda la Institución.

La Administración debe atender el incumplimiento a las normas de conducta de manera oportuna y consistente. Dependiendo de la gravedad de la desviación, determinada a través del proceso de evaluación. Así mismo debe tomar las acciones apropiadas y en su caso aplicar las leyes y reglamentos correspondientes. Las normas de conducta que rigen al personal deben mantenerse consistentes en toda la Institución.

1.4 Programa, política o lineamiento de Promoción de la Integridad y Prevención de la Corrupción.
La Administración debe articular un programa, política o lineamiento institucional de promoción de la integridad y prevención de la corrupción, que considere como mínimo la capacitación continua en la materia de todo el personal; la difusión adecuada de los códigos de ética y conducta implementados; el establecimiento, difusión y operación de una línea ética o mecanismo de denuncia anónima y confidencial de hechos contrarios a la integridad; así como una función específica de gestión de riesgos de corrupción en la Institución, como parte del componente de la administración de riesgos.

1.5 Cumplimiento, Supervisión y Actualización Continua del Programa, política o lineamiento de Promoción de la Integridad y Prevención de la Corrupción.
La Administración debe asegurar una supervisión continua sobre la aplicación efectiva y apropiada del programa, política o lineamiento institucional de promoción de la integridad, medir si es suficiente y eficaz, y corregir sus deficiencias con base en los resultados de las evaluaciones internas y externas a que esté sujeta.

Principio 2. Ejercer la responsabilidad de vigilancia.

El Titular de la Institución y, en su caso, el Titular del OIC, son responsables de vigilar el funcionamiento del control interno, a través de la Administración y las instancias que establezca para tal efecto:

2.1 Estructura de Vigilancia.
El Titular de la Institución y, en su caso, el Titular del OIC, son responsables de establecer una estructura de vigilancia adecuada en función de las disposiciones jurídicas aplicables, la estructura y características de la Institución.

2.2 Responsabilidades del Titular de la Institución y, en su caso, el Titular del OIC.
El Titular de la Institución y, en su caso, el Titular del OIC, deben vigilar las operaciones de la Institución, ofrecer asesoría a la Administración y, cuando proceda, tomar decisiones de vigilancia para asegurar que la Institución logre sus objetivos en línea con el programa de promoción de la integridad, los valores éticos y las normas de conducta.

2.3 Requisitos del Titular del OIC o del Titular de la Institución.
El Titular de la Institución y, en su caso, el Titular del OIC, deben comprender los objetivos de la Institución, sus riesgos asociados y las expectativas.

El Titular de la Institución y, en su caso, el Titular del OIC, deben demostrar además la pericia requerida para vigilar, deliberar y evaluar el control interno de la Institución.

2.4 Vigilancia General del Control Interno.
El Titular de la Institución y, en su caso, el Titular del OIC debe vigilar, de manera general, el diseño, implementación y operación del control interno realizado por la Administración. Las responsabilidades del Titular de la Institución y, en su caso, Titular del OIC respecto del control interno son, entre otras, las siguientes:

a) Ambiente de Control. Establecer y promover la integridad, los valores éticos y las normas de conducta, así como la estructura de vigilancia, desarrollar expectativas de competencia profesional y mantener la rendición de cuentas ante el Titular de la Institución y, en su caso, el Titular del OIC y de las principales partes interesadas;
b) Administración de riesgos. Vigilar la evaluación de los riesgos que amenazan el logro de las metas y objetivos institucionales, incluyendo el impacto potencial de los cambios significativos, la corrupción y la elusión u omisión de controles por parte de cualquier servidor público;
c) Actividades de Control. Vigilar a la Administración en el desarrollo y ejecución de las actividades del SCII;
d) Información y Comunicación. Analizar y discutir la información relativa al logro de las metas y objetivos institucionales; y
e) Supervisión. Examinar la naturaleza y alcance de las actividades de vigilancia de la Administración, así como las evaluaciones realizadas por ésta y las acciones correctivas implementadas para remediar las deficiencias identificadas.

2.5 Corrección de deficiencias.
El Titular de la Institución y, en su caso, el Titular del OIC debe proporcionar información a la Administración, para dar seguimiento a la corrección de las deficiencias detectadas en el control interno.

La Administración debe informar al Titular de la Institución y, en su caso, el Titular del OIC sobre aquellas deficiencias en el control interno identificadas.

El Titular de la Institución y, en su caso, el Titular del OIC es responsable de monitorear la corrección de las deficiencias y de proporcionar orientación a la Administración sobre los plazos para corregirlas.

Principio 3. Establecer la estructura, responsabilidad y autoridad

El Titular de la Institución debe autorizar, con apoyo de la Administración y conforme a las disposiciones jurídicas y normativas aplicables, la estructura organizacional, asignar responsabilidades y delegar autoridad, para alcanzar las metas y objetivos institucionales, preservar la integridad y rendir cuentas de los resultados alcanzados:

3.1 Estructura Organizacional.

El Titular de la Institución debe instruir a la Administración y, en su caso, a las unidades especializadas, el establecimiento de la estructura organizacional necesaria para permitir la planeación, ejecución, control y evaluación de la Institución, en la consecución de sus objetivos.

La Administración debe desarrollar y actualizar la estructura organizacional con entendimiento de las responsabilidades generales, y debe asignarlas a las distintas unidades para fomentar que la Institución alcance sus objetivos de manera eficiente, eficaz y económica; brinde información confiable y de calidad; cumpla con las disposiciones jurídicas y normativas aplicables, y prevenga, disuada y detecte actos contrarios a la integridad, como lo son el caso de los actos de corrupción, con base en la naturaleza de la responsabilidad asignada.

La Administración debe establecer líneas de reporte dentro de la estructura organizacional, a fin de que las unidades puedan comunicar la información de calidad necesaria para el cumplimiento de los objetivos. Considerando también, las responsabilidades generales que tiene frente a terceros interesados, por lo que debe establecer líneas de comunicación y emisión de informes que permitan a la Institución comunicar y recibir información de las fuentes externas.

La Administración debe evaluar periódicamente la estructura organizacional para asegurar que se alinea con los objetivos institucionales y que ha sido adaptada y actualizada a cualquier objetivo emergente, como nuevas leyes o regulaciones.

3.2 Asignación de Responsabilidad y Delegación de Autoridad.

Para alcanzar los objetivos institucionales, el Titular de la Institución debe asignar responsabilidad y delegar autoridad a los puestos clave a lo largo de la Institución.

La Administración debe considerar las responsabilidades generales asignadas a cada unidad, así como determinar qué puestos clave son necesarios para cumplir con las responsabilidades asignadas.

El Titular de la Institución debe determinar qué nivel de autoridad requieren los puestos clave para cumplir con sus obligaciones.

Como parte de la delegación de autoridad, la Administración debe considerar que exista una apropiada segregación de funciones al interior de las unidades y en la estructura como medida precautoria contra la corrupción, el fraude, abuso y otras irregularidades en la Institución, al dividir la autoridad, la custodia y la contabilidad en la estructura organizacional.

3.3 Documentación y Formalización del Control Interno.

La Administración debe desarrollar y actualizar la documentación y formalización de su control interno.

La documentación y formalización efectiva del control interno apoya a la Administración en el diseño, implementación, operación y actualización de éste, al establecer y comunicar al personal el cómo, qué, cuándo, dónde y por qué del control interno.

La Administración debe documentar y formalizar el control interno para satisfacer las necesidades operativas de la Institución. La documentación de controles, incluidos los cambios realizados a éstos, es evidencia de que las actividades de control son identificadas, comunicadas a los responsables de su funcionamiento y que pueden ser supervisadas y evaluadas por la Institución.

La extensión de la documentación necesaria para respaldar el diseño, implementación y eficacia operativa de las Normas Generales de Control Interno depende del juicio de la Administración, del mandato institucional y de las disposiciones jurídicas aplicables.

Principio 4. Demostrar compromiso con la competencia profesional.
La Administración es responsable de establecer los medios necesarios para contratar, capacitar y retener profesionales competentes en cada puesto y área de trabajo:

4.1 Expectativas de Competencia Profesional.
La Administración debe establecer expectativas de competencia profesional sobre los puestos clave y los demás cargos institucionales para ayudar a la Institución a lograr sus objetivos.

La Administración debe contemplar los estándares de conducta, las responsabilidades asignadas y la autoridad delegada al establecer expectativas de competencia profesional para los puestos clave y para el resto del personal, a través de políticas al interior del Sistema de Control Interno.

El personal debe poseer y mantener un nivel de competencia profesional que le permita cumplir con sus responsabilidades, así como entender la importancia y eficacia del control interno. La Administración debe evaluar la competencia profesional del personal en toda la Institución.

4.2 Atracción, Desarrollo y Retención de Profesionales.
La Administración debe atraer, desarrollar y retener profesionales competentes para lograr los objetivos de la Institución. Por lo tanto, debe:

a) Seleccionar y contratar. Efectuar procedimientos para determinar si un candidato en particular se ajusta a las necesidades de la Institución y tiene las competencias profesionales para el desempeño del puesto;
b) Capacitar. Permitir a los servidores públicos desarrollar competencias profesionales apropiadas para los puestos clave, reforzar las normas de conducta, difundir el programa de promoción de la integridad y brindar una formación basada en las necesidades del puesto;
c) Guiar. Proveer orientación en el desempeño del personal con base en las normas de conducta, el programa de promoción de la integridad y las expectativas de competencia profesional; alinear las habilidades y pericia individuales con los objetivos institucionales, y ayudar al personal a adaptarse a un ambiente cambiante; y

d) Retener. Proveer incentivos para motivar y reforzar los niveles esperados de desempeño y conducta deseada, incluida la capacitación y certificación correspondientes.

4.3 Planes y Preparativos para la Sucesión y Contingencias.

La Administración debe definir cuadros de sucesión y planes de contingencia para los puestos clave, con objeto de garantizar la continuidad en el logro de los objetivos institucionales.

La Administración debe seleccionar y capacitar a los candidatos que asumirán los puestos clave. La importancia de estos puestos en el Control interno y el impacto que representa el que esté vacantes, impactan la formalidad y profundidad del plan de contingencia.

La Administración debe definir los planes de contingencia para la asignación de responsabilidades si un puesto clave se encuentra vacante sin vistas a su ocupación.

Principio 5. Establecer la estructura para el reforzamiento de la rendición de cuentas

La Administración debe evaluar el desempeño del control interno en la Institución y hacer responsable a todo el personal por sus obligaciones específicas en el SCII.

5.1 Establecimiento de la Estructura para Responsabilizar al Personal por sus Obligaciones de Control Interno.

La Administración debe establecer y mantener una estructura que permita, de manera clara y sencilla, responsabilizar al personal por sus funciones y por sus obligaciones específicas en materia de control interno, lo cual forma parte de la obligación de rendición de cuentas institucional. La responsabilidad por el cargo desempeñado y la obligación de rendición de cuentas es promovida por la actitud de respaldo y compromiso de los Titulares de las Instituciones y la Administración con la competencia profesional, la integridad, los valores éticos, las normas de conducta, la estructura organizacional y las líneas de autoridad establecidas, elementos todos que influyen en la cultura de control interno de la Institución.

En caso de que la Administración establezca incentivos para el desempeño del personal, debe reconocer que tales estímulos pueden provocar consecuencias no deseadas, por lo que debe evaluarlos a fin de que se encuentren alineados a los principios éticos y normas de conducta de la Institución.

La Administración debe responsabilizar a las organizaciones de servicios que contrate por las funciones de control interno relacionadas con las actividades tercerizadas que realicen.

La Administración, bajo la supervisión del Titular de la Institución, en su caso, del Órgano de Gobierno debe tomar acciones correctivas cuando sea necesario fortalecer la estructura para la asignación de responsabilidades y la rendición de cuentas.

5.2 Consideración de las Presiones por las Responsabilidades Asignadas al Personal.

La Administración debe equilibrar las presiones excesivas sobre el personal de la Institución.

La Administración es responsable de evaluar las presiones sobre el personal para ayudar a los empleados a cumplir con sus responsabilidades asignadas, en alineación con las normas de conducta y los principios éticos.

B. **SEGUNDA NORMA GENERAL. ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS**.

Es el proceso dinámico desarrollado para identificar, analizar, evaluar, responder, supervisar y comunicar los riesgos, incluidos los de corrupción, inherentes o asociados a los procesos por los cuales se logra el mandato de la Institución, mediante el análisis de los distintos factores que pueden provocarlos, con la finalidad de definir las estrategias y acciones que permitan mitigarlos y asegurar el logro de metas y objetivos institucionales de una manera razonable, en términos de eficacia, eficiencia y economía en un marco de transparencia y rendición de cuentas. Para la aplicación de esta norma, el Titular de la Institución, la Administración y, en su caso, el Órgano de Gobierno, deberán vigilar la implementación y operación en conjunto y de manera sistémica de los siguientes principios y elementos de control:

Principio 6. Definir Metas y Objetivos Institucionales.
El Titular de la Institución, con el apoyo de la Administración, debe definir claramente las metas y objetivos, a través de un plan estratégico que de manera coherente y ordenada, se asocie a su mandato legal, asegurando su alineación al Plan Estatal de Desarrollo y a los Programas Institucionales, Sectoriales y Especiales:

6.1 Definición de Objetivos.
La Administración debe definir objetivos en términos específicos y medibles para permitir el diseño del control interno y sus riesgos asociados.

La Administración debe definir los objetivos en términos específicos de manera que sean comunicados y entendidos en todos los niveles en la Institución. La definición de los objetivos debe realizarse en alineación con el mandato, la misión y visión institucional, con su plan estratégico y con otros planes y programas aplicables, así como con las metas de desempeño.

La Administración debe definir objetivos en términos medibles cuantitativa o cualitativamente de manera que se pueda evaluar su desempeño.

La Administración debe considerar los requerimientos externos y las expectativas internas al definir los objetivos que permiten el diseño del Control interno.

La Administración debe evaluar y, en su caso, replantear los objetivos definidos para que sean consistentes con los requerimientos externos y las expectativas internas de la Institución, así como con el Plan Estatal de Desarrollo, los Programas Sectoriales, Institucionales, Especiales y demás planes, programas y disposiciones aplicables.

La Administración debe determinar si los instrumentos e indicadores de desempeño para los objetivos establecidos son apropiados para evaluar el desempeño de la Institución.

Principio 7. Identificar, analizar y responder a los riesgos.
La Administración, debe identificar riesgos en todos los procesos institucionales, analizar su relevancia y diseñar acciones suficientes para responder a éstos y asegurar de manera razonable el logro de los objetivos institucionales. Los riesgos deben ser comunicados al personal de la Institución, mediante las líneas de reporte y autoridad establecidas:

7.1 Identificación de Riesgos.

La Administración debe identificar riesgos en toda la Institución para proporcionar una base para analizarlos, diseñar respuestas y determinar si están asociados con el mandato institucional, su plan estratégico, los objetivos del Plan Estatal de Desarrollo, los Programas Sectoriales, Institucionales y Especiales y demás planes y programas aplicables de acuerdo con los requerimientos y expectativas de la planeación estratégica, y de conformidad con las disposiciones jurídicas y normativas aplicables.

Para identificar riesgos, la Administración debe considerar los tipos de eventos que impactan a la Institución. Esto incluye tanto el riesgo inherente como el riesgo residual.

a) El riesgo inherente es aquél que enfrenta la Institución cuando la Administración no responde ante el riesgo.
b) El riesgo residual es aquél que permanece después de la respuesta de la Administración al riesgo inherente.
c) La falta de respuesta por parte de la Administración a ambos riesgos, puede causar deficiencias graves en el control interno.

La Administración debe considerar todas las interacciones significativas dentro de la Institución y con las partes externas, cambios y otros factores tanto internos como externos, para identificar riesgos en toda la Institución.
Los factores de riesgo interno pueden incluir la compleja naturaleza de los programas de la Institución, su estructura organizacional o el uso de nueva tecnología en los procesos operativos. Los factores de riesgo externo pueden incluir leyes, regulaciones o normas profesionales nuevas o reformadas, inestabilidad económica o desastres naturales potenciales.

La Administración debe considerar esos factores tanto a nivel Institución como a nivel de transacciones a fin de identificar de manera completa los riesgos que afectan el logro de los objetivos.

Los métodos de identificación de riesgo pueden incluir una priorización cualitativa y cuantitativa de actividades, previsiones y planeación estratégica, así como la consideración de las deficiencias identificadas a través de auditorías y otras evaluaciones.

7.2 Análisis de Riesgos.

La Administración debe analizar el riesgo identificados para estimar su relevancia, lo cual provee la base para responder a éstos. La relevancia se refiere al efecto sobre el logro de los objetivos.

La Administración debe estimar la relevancia de los riesgos identificados para evaluar su efecto sobre el logro de los objetivos, tanto a nivel Institución como a nivel transacción. La Administración debe estimar la importancia de un riesgo al considerar la magnitud del impacto, la probabilidad de ocurrencia y la naturaleza del riesgo.

Los riesgos pueden ser analizados sobre bases individuales o agrupadas dentro de categorías de riesgos asociados, los cuales son analizados de manera colectiva.

La Administración debe considerar la correlación entre los distintos riesgos o grupos de riesgos al estimar su relevancia. La magnitud de impacto se refiere al grado probable de deficiencia que podría resultar de la materialización de un riesgo y es afectada por factores tales como el tamaño, la frecuencia y la duración del

impacto del riesgo. La probabilidad de ocurrencia se refiere a la posibilidad de que un riesgo se materialice. La naturaleza del riesgo involucra factores tales como el grado de subjetividad involucrado con el riesgo y la posibilidad de surgimiento de riesgos causados por corrupción, fraude, abuso, desperdicio y otras irregularidades o por transacciones complejas e inusuales. El Titular del OIC, en su caso, o el Titular de la Institución, podrán revisar las estimaciones sobre la relevancia realizadas por la Administración, a fin de asegurar que las tolerancias al riesgo fueron definidas adecuadamente.

7.3 Respuesta a los Riesgos

La Administración debe diseñar respuestas a los riesgos analizados de tal modo que éstos se encuentren debidamente controlados para asegurar razonablemente el cumplimiento de sus objetivos institucionales. Estas respuestas al riesgo pueden incluir:

a) Aceptar. Ninguna acción es tomada para responder al riesgo con base en su importancia;
b) Evitar. Se toman acciones para detener el proceso operativo o la parte que origina el riesgo;
c) Mitigar. Se toman acciones para reducir la probabilidad/posibilidad de ocurrencia o la magnitud del riesgo; y
d) Compartir. Se toman acciones para compartir riesgos institucionales con partes externas, como la contratación de pólizas de seguros.

Con base en la respuesta al riesgo seleccionada, la Administración debe diseñar acciones específicas de atención, como un PTAR, el cual proveerá mayor garantía de que la Institución alcanzará sus objetivos. La Administración debe efectuar evaluaciones periódicas de riesgos con el fin de asegurar la efectividad de las acciones de control propuestas para mitigarlos.

Principio 8. Considerar el Riesgo de Corrupción

La Administración, debe considerar la posibilidad de ocurrencia de actos de corrupción, fraudes, abuso, desperdicio y otras irregularidades relacionadas con la adecuada salvaguarda de los recursos públicos al identificar, analizar y responder a los riesgos asociados, principalmente a los procesos financieros, presupuestales, de contratación, de información y documentación, investigación y sanción, trámites y servicios internos y externos:

8.1 Tipos de Corrupción.

La Administración debe considerar los tipos de corrupción que pueden ocurrir en la Institución, para proporcionar una base para la identificación de estos riesgos. A fin de evitar posibles procedimientos de responsabilidad administrativa, por tipificarse como falta no grave o falta grave en términos de lo dispuesto por la Ley General de Responsabilidades Administrativas.

8.2 Factores de Riesgo de Corrupción.

La Administración debe considerar los factores de riesgos de corrupción, abuso, desperdicio y otras irregularidades señaladas en la ley en la materia. Estos factores no implican necesariamente la existencia de un acto corrupto, pero están usualmente presentes cuando éstos ocurren. Este tipo de factores incluyen:

a) Incentivos/Presiones. La Administración y el resto del personal tienen un incentivo o están bajo presión, lo cual provee un motivo para cometer actos de corrupción o fraudes;
b) Oportunidad. Existen circunstancias, como la ausencia de controles, controles inefectivos o la capacidad de determinados servidores públicos para eludir

controles en razón de su posición en la Institución, las cuales proveen una oportunidad para la comisión de actos corruptos o fraudes; y

c) Actitud / Racionalización. El personal involucrado es capaz de justificar la omisión de actos corruptos, fraudes y otras irregularidades. Algunos servidores públicos poseen una actitud, carácter o valores éticos que les permiten efectuar intencionalmente un acto corrupto o deshonesto.

La Administración al utilizar el abuso, desperdicio y otras irregularidades como factores de riesgos de corrupción, debe considerar que cuando uno o más de estos están presentes podría indicar un riesgo de corrupción y que puede ser mayor cuando los tres factores están presentes. También se debe utilizar la información provista por partes internas y externas para identificar los riesgos de corrupción.

8.3 Respuesta a los Riesgos de Corrupción.

La Administración debe analizar y responder a los riesgos de corrupción, a fin de que sean efectivamente mitigados. Estos riesgos deben ser analizados por su relevancia, tanto individual como en su conjunto, mediante el mismo proceso de análisis de riesgos efectuado para todos los demás riesgos identificados.

La Administración debe responder a los riesgos de corrupción, mediante el mismo proceso de respuesta general y acciones específicas para atender todos los riesgos institucionales analizados. Esto posibilita la implementación de controles anti-corrupción en la Institución. Dichos controles pueden incluir la reorganización de ciertas operaciones y la reasignación de puestos entre el personal para mejorar la segregación de funciones.

Principio 9. Identificar, analizar y responder al cambio

La Administración debe identificar, analizar y responder a los cambios internos y externos que puedan impactar el control interno, ya que pueden generar que los controles se vuelvan ineficaces o insuficientes para alcanzar los objetivos institucionales y surgir nuevos riesgos.

Los cambios internos incluyen modificaciones a los programas o actividades institucionales, la función de supervisión, la estructura organizacional, el personal y la tecnología. Los cambios externos refieren al entorno gubernamental, económico, tecnológico, legal, regulatorio y físico.

Los cambios significativos identificados deben ser comunicados al personal adecuado de la Institución mediante las líneas de reporte y autoridad establecidas.

9.1 Identificación del Cambio.

En la administración de riesgos o un proceso similar, la Administración debe identificar cambios que puedan impactar significativamente al control interno. La identificación, análisis y respuesta al cambio es parte del proceso regular de administración de riesgos.

La Administración debe prevenir y planear acciones ante cambios significativos en las condiciones internas, modificaciones a los programas o actividades institucionales, la función de supervisión, la estructura organizacional, el personal y la tecnología, y externas, cambios en los entornos gubernamentales, económicos, tecnológicos, legales, regulatorios y físicos.

9.2 Análisis y Respuesta al Cambio.

La Administración debe analizar y responder a los cambios identificados y a los riesgos asociados con éstos, con el propósito de mantener un control interno apropiado.

Las condiciones cambiantes usualmente generan nuevos riesgos o cambios a los riesgos existentes, los cuales deben ser evaluados para identificar, analizar y responder a cualquiera de éstos.

C. TERCERA NORMA GENERAL. ACTIVIDADES DE CONTROL.

Son las acciones que define y desarrolla la Administración mediante políticas, procedimientos y TIC´s con el objetivo de alcanzar las metas y objetivos institucionales; así como prevenir y administrar los riesgos, incluidos los de corrupción.

Las actividades de control se ejecutan en todos los niveles de la Institución, en las diferentes etapas de sus procesos y en el entorno tecnológico, y sirven como mecanismos para asegurar el cumplimiento de las metas y objetivos institucionales y prevenir la ocurrencia de actos contrarios a la integridad. Cada actividad de control que se aplique debe ser suficiente para evitar la materialización de los riesgos y minimizar el impacto de sus consecuencias.

En todos los niveles de la Institución existen responsabilidades en las actividades de control, debido a esto, es necesario que todos los servidores públicos conozcan cuáles son las tareas de control que deben ejecutar en su puesto, área o unidad administrativa. Para la aplicación de esta norma, Titular de la Institución, la Administración y, en su caso, el Titular del OIC, deberán vigilar la implementación y operación en conjunto y de manera sistémica de los siguientes principios y elementos de control:

Principio 10. Diseñar actividades de control

La Administración debe diseñar, actualizar y garantizar la suficiencia e idoneidad de las actividades de control establecidas para lograr los objetivos institucionales. En este sentido, es responsable de que existan controles apropiados para hacer frente a los riesgos que se encuentran presentes en cada uno de los procesos institucionales, incluyendo los riesgos de corrupción.

Estas actividades son las políticas, procedimientos, técnicas y mecanismos que hacen obligatorias las directrices de la Administración para alcanzar los objetivos institucionales e identificar los riesgos asociados. Como parte del componente de ambiente de control, Titular de la Institución y la Administración deben definir responsabilidades, asignar puestos clave y delegar autoridad para alcanzar los objetivos.

10.1 Respuesta a los Objetivos y Riesgos.

La Administración debe diseñar actividades de control, políticas, procedimientos, técnicas y mecanismos, en respuesta a los riesgos asociados con los objetivos institucionales, a fin de alcanzar un control interno eficaz y apropiado.

10.2 Diseño de Actividades de Control Apropiadas.

La Administración debe diseñar las actividades de control apropiadas para asegurar el correcto funcionamiento del control interno, las cuales ayudan al Titular de la Institución y a la Administración a cumplir con sus responsabilidades y a enfrentar apropiadamente a los riesgos identificados en la ejecución de los procesos del control interno. A continuación se presentan de manera enunciativa, más no limitativa, las actividades de control que pueden ser útiles para la Institución:

a) Revisiones por la Administración del desempeño actual, a nivel función o actividad. La Administración identifica los logros más importantes de la Institución y los compara contra los planes, objetivos y metas establecidos;
b) Administración del capital humano. La gestión efectiva de la fuerza de trabajo de la Institución, su capital humano, es esencial para alcanzar los resultados y es una parte importante del control interno. El éxito operativo sólo es posible cuando el personal adecuado para el trabajo está presente y ha sido provisto de la capacitación, las herramientas, las estructuras, los incentivos y las responsabilidades adecuadas. La Administración continuamente debe evaluar las necesidades de conocimiento, competencias y capacidades que el personal debe tener para lograr los objetivos institucionales;
c) Controles sobre el procesamiento de la información. Una variedad de actividades de control son utilizadas en el procesamiento de la información. Los ejemplos incluyen verificaciones sobre la edición de datos ingresados, la contabilidad de las transacciones en secuencias numéricas, la comparación de los totales de archivos con las cuentas de control y el control de acceso a los datos, archivos y programas;
d) Controles físicos sobre los activos y bienes vulnerables. La Administración debe establecer el control físico para asegurar y salvaguardar los bienes y activos vulnerables de la Institución. Algunos ejemplos incluyen la seguridad y el acceso limitado a los activos, como el dinero, valores, inventarios y equipos que podrían ser vulnerables al riesgo de pérdida o uso no autorizado. La Administración cuenta y compara periódicamente dichos activos para controlar los registros;
e) Establecimiento y revisión de normas e indicadores de desempeño. La Administración debe establecer actividades para revisar los indicadores. Éstas pueden incluir comparaciones y evaluaciones que relacionan diferentes conjuntos de datos entre sí para que se puedan efectuar los análisis de relaciones y se adopten las medidas correspondientes. La Administración debe diseñar controles enfocados en validar la idoneidad e integridad de las normas e indicadores de desempeño, al nivel Institución y a nivel individual;
f) Segregación de funciones. La Administración identifica los logros más importantes de la Institución y los compara contra los planes, objetivos y metas establecidos. La Administración debe dividir o segregar las atribuciones y funciones principales entre los diferentes servidores públicos para reducir el riesgo de error, mal uso, corrupción, fraude, abuso, por desaprovechamiento de aptitudes y actitudes de los servidores públicos y otras irregularidades. Esto incluye separar las responsabilidades para autorizar transacciones, procesarlas y registrarlas, revisar las transacciones y manejar cualquier activo relacionado, de manera que ningún servidor público controle todos los aspectos clave de una transacción o evento;
g) Ejecución apropiada de transacciones. Las transacciones deben ser autorizadas y ejecutadas sólo por los servidores públicos que actúan dentro del alcance de su autoridad. Éste es el principal medio para asegurarse de que sólo las transacciones válidas para el intercambio, transferencia, uso u compromiso de recursos son iniciadas o efectuadas. La Administración debe comunicar claramente las autorizaciones al personal;
h) Registro de transacciones con exactitud y oportunidad. La Administración debe asegurarse a través de actividades de control, que las transacciones se registran completas, precisas y puntualmente para conservar su relevancia y valor para el control de las operaciones y la toma de decisiones. Esto se aplica a todo el proceso o ciclo de vida de una transacción desde su inicio y autorización hasta su clasificación final en los registros;
i) Restricciones de acceso a recursos y registros, así como rendición de cuentas sobre éstos. La Administración debe limitar el acceso a los recursos y registros solamente al personal autorizado; asimismo, debe asignar y

mantener la responsabilidad de su custodia y uso. Se deben conciliar periódicamente los registros con los recursos para contribuir a reducir el riesgo de errores, corrupción, fraude, abuso, desaprovechamiento, uso indebido o alteración no autorizada; y

j) Documentación y formalización apropiada de las transacciones y el control interno. La Administración debe documentar claramente el control interno y todas las transacciones y demás eventos significativos. Asimismo, debe asegurarse de que la documentación esté disponible para su revisión. La documentación y formalización debe realizarse con base en las directrices emitidas por la Administración para tal efecto, mismas que toman la forma de políticas, guías o lineamientos administrativos o manuales de operación, ya sea en papel o en formato electrónico. La documentación formalizada y los registros deben ser administrados y conservados adecuadamente, y por los plazos mínimos que establezcan las disposiciones legales en la materia.

Las actividades de control pueden ser preventivas o detectivas. La primera se dirige a evitar que la Institución falle en lograr un objetivo o enfrentar un riesgo y la segunda descubre antes de que concluya la operación cuándo la Institución no está alcanzando un objetivo o enfrentando un riesgo, y corrige las acciones para ello.

La Administración debe evaluar el propósito de las actividades de control, así como el efecto que una deficiencia tiene en el logro de los objetivos institucionales. Si tales actividades cumplen un propósito significativo o el efecto de una deficiencia en el control sería relevante para el logro de los objetivos, la Administración debe diseñar actividades de control tanto preventivas como detectivas para esa transacción, proceso, unidad administrativa o función.

Las actividades de control deben implementarse ya sea de forma automatizada o manual, considerando que las automatizadas tienden a ser más confiables, ya que son menos susceptibles a errores humanos y suelen ser más eficientes. Si las operaciones en la Institución descansan en tecnologías de información, la Administración debe diseñar actividades de control para asegurar que dichas tecnologías se mantienen funcionando correctamente y son apropiadas para el tamaño, características y mandato de la Institución.

10.3 Diseño de Actividades de Control en varios niveles.

La Administración debe diseñar actividades de control en los niveles adecuados de la estructura organizacional.

La Administración debe diseñar actividades de control para asegurar la adecuada cobertura de los objetivos institucionales y los riesgos en las operaciones, así como a nivel transacción o ambos, dependiendo del nivel necesario para garantizar que la Institución cumpla con sus objetivos institucionales y conduzca los riesgos relacionados.

Los controles a nivel Institución tienen un efecto generalizado en el control interno y pueden relacionarse con más de una de las Normas Generales de Control Interno.

Las actividades de control a nivel transacción son acciones integradas directamente en los procesos operativos para contribuir al logro de los objetivos y enfrentar los riesgos asociados, las cuales pueden incluir verificaciones, conciliaciones, autorizaciones y aprobaciones, controles físicos y supervisión.

Al elegir entre actividades de control a nivel Institución o de transacción, la Administración debe evaluar el nivel de precisión necesario para que la Institución cumpla con sus objetivos y enfrente los riesgos relacionados.

Para determinar el nivel de precisión necesario para las actividades de control, la Administración debe evaluar:

a) Propósito de las actividades de control. Cuando se trata de prevención o detección, la actividad de control es, en general, deberá ser más precisa que una que solamente identifica diferencias y las explica;
b) Nivel de agregación. Una actividad de control que se desarrolla a un nivel de mayor detalle generalmente es más precisa que la realizada a un nivel general. Por ejemplo, un análisis de las obligaciones por renglón presupuestal normalmente es más preciso que un análisis de las obligaciones totales de la Institución;
c) Regularidad del control. Una actividad de control rutinaria y consistente es generalmente más precisa que la realizada de forma esporádica; y

d) Correlación con los procesos operativos pertinentes. Una actividad de control directamente relacionada con un proceso operativo tiene generalmente mayor probabilidad de prevenir o detectar deficiencias que aquella que está relacionada sólo indirectamente.

10.4 Segregación de Funciones.
La Administración debe considerar la segregación de funciones en el diseño de las responsabilidades de las actividades de control para garantizar que las funciones incompatibles sean segregadas y, cuando dicha segregación no sea práctica, debe diseñar actividades de control alternativas para enfrentar los riesgos asociados.

La segregación de funciones contribuye a prevenir corrupción, desperdicio y abusos en el control interno. La elusión de controles cuenta con mayores posibilidades de ocurrencia cuando diversas responsabilidades, incompatibles entre sí, las realiza un solo servidor público, pero no puede impedirlo absolutamente, debido al riesgo en el que dos o más servidores públicos se confabulan para eludir los controles.

Si la segregación de funciones no es práctica en un proceso operativo debido a personal limitado u otros factores, la Administración debe diseñar actividades de control alternativas para enfrentar el riesgo de corrupción, desperdicio o abuso en los procesos operativos.

Principio 11. Seleccionar y desarrollar actividades de control basadas en las TIC´s
La Administración debe desarrollar actividades de control, que contribuyan a dar respuesta y reducir los riesgos identificados, basadas principalmente en el uso de las TIC´s para apoyar el logro de metas y objetivos institucionales.

11.1 Desarrollo de los Sistemas de Información.
La Administración debe desarrollar los sistemas de información de la Institución de manera tal que se cumplan los objetivos institucionales y se responda apropiadamente a los riesgos asociados.

La Administración debe desarrollar los sistemas de información para obtener y procesar apropiadamente la información de cada uno de los procesos operativos. Dichos sistemas contribuyen a alcanzar los objetivos institucionales y a responder a los riesgos asociados. Un sistema de información se integra por el personal, los

procesos, los datos y la tecnología, organizados para obtener, comunicar o disponer de la información, y debe representar el ciclo de vida de la información utilizada para los procesos operativos, que permita a la Institución obtener, almacenar y procesar información de calidad. Un sistema de información debe incluir tanto procesos manuales como automatizados. Los procesos automatizados se conocen comúnmente como las TIC's.

La Administración debe desarrollar los Sistemas de información y el uso de las TIC's considerando las necesidades de información definidas para los procesos operativos de la Institución. Las TIC's permiten que la información relacionada con los procesos operativos esté disponible de la forma más oportuna y confiable para la Institución. Adicionalmente, las TIC's pueden fortalecer el control interno sobre la seguridad y la confidencialidad de la información mediante una adecuada restricción de accesos. Aunque las TIC's conllevan tipos específicos de actividades de control, no representan una consideración de control "independiente", sino que son parte integral de la mayoría de las actividades de control.

La Administración también debe evaluar los objetivos de procesamiento de información: integridad, exactitud y validez, para satisfacer las necesidades de información definidas. Los objetivos de procesamiento de información pueden incluir:

a) Integridad. Se encuentran presentes todas las transacciones que deben estar en los registros;
b) Exactitud. Las transacciones se registran por el importe correcto, en la cuenta correcta, y de manera oportuna en cada etapa del proceso; y
c) Validez. Las transacciones registradas representan eventos económicos que realmente ocurrieron y fueron ejecutados conforme a los procedimientos establecidos.

11.2 Diseño de los Tipos de Actividades de Control Apropiadas.

La Administración debe diseñar actividades de control apropiados en los sistemas de información para garantizar la cobertura de los objetivos de procesamiento de la información en los procesos operativos. En los sistemas de información, existen dos tipos principales de actividades de control: generales y de aplicación.

Los controles generales son las políticas y procedimientos que se aplican a la totalidad o a un segmento de los sistemas de información.

Los controles generales fomentan el buen funcionamiento de los sistemas de información mediante la creación de un entorno apropiado para el correcto funcionamiento de los controles de aplicación. Los controles generales deben incluir la administración de la seguridad, acceso lógico y físico, administración de la configuración, segregación de funciones, planes de continuidad y planes de recuperación de desastres, entre otros.

Los controles de aplicación, a veces llamados controles de procesos de operación, son los controles que se incorporan directamente en las aplicaciones informáticas para contribuir a asegurar la validez, integridad, exactitud y confidencialidad de las transacciones y los datos durante el proceso de las aplicaciones. Los controles de aplicación deben incluir las entradas, el procesamiento, las salidas, los archivos maestros, las interfaces y los controles para los sistemas de administración de datos, entre otros.

11.3 Diseño de la Infraestructura de las TIC's.

La Administración debe diseñar las actividades de control sobre la infraestructura de las TIC's para soportar la integridad, exactitud y validez del procesamiento de la información mediante el uso de TIC's. Las TIC's requieren de una infraestructura para operar, incluyendo las redes de comunicación para vincularlas, los recursos informáticos para las aplicaciones y la electricidad.

La infraestructura de TIC's de la Institución puede ser compleja y puede ser compartida por diferentes unidades dentro de la misma o tercerizada. La Administración debe evaluar los objetivos de la Institución y los riesgos asociados al diseño de las actividades de control sobre la infraestructura de las TIC's.

La Administración debe mantener la evaluación de los cambios en el uso de las TIC's y debe diseñar nuevas actividades de control cuando estos cambios se incorporan en la infraestructura de las TIC's. La Administración también debe diseñar actividades de control necesarias para mantener la infraestructura de las TIC's. El mantenimiento de la tecnología debe incluir los procedimientos de respaldo y recuperación de la información, así como la continuidad de los planes de operación, en función de los riesgos y las consecuencias de una interrupción total o parcial de los sistemas de energía, entre otros.

11.4 Diseño de la Administración de la Seguridad.

La Administración debe diseñar actividades de control para la gestión de la seguridad sobre los sistemas de información con el fin de garantizar el acceso adecuado, de fuentes internas y externas a éstos. Los objetivos para la gestión de la seguridad deben incluir la confidencialidad, la integridad y la disponibilidad.

La gestión de la seguridad debe incluir los procesos de información y las actividades de control relacionadas con los permisos de acceso a las TIC's, incluyendo quién tiene la capacidad de ejecutar transacciones. La gestión de la seguridad debe incluir los permisos de acceso a través de varios niveles de datos, el sistema operativo, software del sistema, la red de comunicación, aplicaciones y segmentos físicos, entre otros. La Administración debe diseñar las actividades de control sobre permisos para proteger a la Institución del acceso inapropiado y el uso no autorizado del sistema.

La Administración debe evaluar las amenazas de seguridad a las TIC's tanto de fuentes internas como externas.

La Administración debe diseñar actividades de control para limitar el acceso de los usuarios a las TIC's a través de controles como la asignación de claves de acceso y dispositivos de seguridad para autorización de usuarios.

11.5 Diseño de la Adquisición, Desarrollo y Mantenimiento de las TIC's.

La Administración debe diseñar las actividades de control para la adquisición, desarrollo y mantenimiento de las TIC's. La Administración puede utilizar un modelo de Ciclo de Vida del Desarrollo de Sistemas en el diseño de las actividades de control. Este modelo proporciona una estructura para un nuevo diseño de las TIC's al esbozar las fases específicas y documentar los requisitos, aprobaciones y puntos de revisión dentro de las actividades de control sobre la adquisición, desarrollo y mantenimiento de la tecnología.

La Administración puede adquirir software de TIC's, por lo que debe incorporar metodologías para esta acción y debe diseñar actividades de control sobre su selección, desarrollo continuo y mantenimiento. Las actividades de control sobre el

desarrollo, mantenimiento y cambio en el software de aplicaciones previenen la existencia de programas o modificaciones no autorizados.

La contratación de servicios tercerizados para el desarrollo de las TIC's es otra alternativa y la Administración también debe evaluar los riesgos que su utilización representa para la integridad, exactitud y validez de la información presentada a los servicios tercerizados y ofrecida por éstos.

Principio 12. Implementar Actividades de Control
La Administración debe implementar actividades de control a través de la operación de políticas y procedimientos, las cuales deben estar documentadas y formalmente establecidas.

12.1 Documentación y Formalización de Responsabilidades a través de Políticas.

La Administración debe documentar, a través de políticas, manuales, lineamientos y otros documentos de naturaleza similar las responsabilidades de control interno en la Institución.
La Administración debe documentar mediante políticas para cada unidad su responsabilidad sobre el cumplimiento de los objetivos de los procesos, de sus riesgos asociados, del diseño de actividades de control, de la implementación de los controles y de su eficacia operativa.

El personal de las unidades que ocupa puestos clave puede definir con mayor amplitud las políticas a través de los procedimientos del día a día, dependiendo de la frecuencia del cambio en el entorno operativo y la complejidad del proceso operativo. La Administración debe comunicar al personal las políticas y procedimientos para que éste pueda implementar las actividades de control respecto de las responsabilidades que tiene asignadas.

12.2 Revisiones Periódicas a las Actividades de Control.
La Administración debe revisar periódicamente las políticas, procedimientos y actividades de control asociadas para mantener la relevancia y eficacia en el logro de los objetivos institucionales o en el enfrentamiento de sus riesgos.

D. **CUARTA NORMA GENERAL. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN**.

La información y comunicación son relevantes para el logro de los objetivos institucionales. Al respecto, la Administración debe establecer mecanismos que aseguren que la información relevante cuenta con los elementos de calidad suficientes y que los canales de comunicación tanto al interior como al exterior son efectivos.

La información que los servidores públicos generan, obtienen, utilizan y comunican para respaldar el sistema de control interno debe cubrir los requisitos establecidos por la Administración, con la exactitud apropiada, así como con la especificidad requerida del personal pertinente.

Los sistemas de información y comunicación, deben diseñarse e instrumentarse bajo criterios de utilidad, confiabilidad y oportunidad, así como con mecanismos de actualización permanente, difusión eficaz por medios electrónicos y en formatos susceptibles de aprovechamiento para su procesamiento que permitan determinar si se están cumpliendo las metas y objetivos institucionales con el uso eficiente de los recursos. La Administración requiere tener acceso a información relevante y mecanismos de comunicación confiables, en relación con los eventos internos y externos que pueden afectar a la Institución.

Para la aplicación de esta norma, el Titular de la Institución, la Administración y, en su caso, el Titular del OIC, deberán vigilar la implementación y operación en conjunto y de manera sistémica de los siguientes principios y elementos de control:

Principio 13. Usar Información relevante y de calidad
La Administración debe implementar los medios necesarios para que las unidades administrativas generen y utilicen información relevante y de calidad, que contribuyan al logro de las metas y objetivos institucionales y den soporte al SCII;

13.1 Identificación de los Requerimientos de Información.
La Administración debe diseñar un proceso que considere los objetivos institucionales y los riesgos asociados a éstos, para identificar los requerimientos de información necesarios para alcanzarlos y enfrentarlos, respectivamente. Estos requerimientos deben considerar las expectativas de los usuarios internos y externos.

La Administración debe identificar los requerimientos de información en un proceso continuo que se desarrolla en todo el control interno. Conforme ocurre un cambio en la Institución, en sus objetivos y riesgos, la Administración debe modificar los requisitos de información según sea necesario para cumplir con los objetivos y hacer frente a los riesgos modificados.

13.2 Datos Relevantes de Fuentes Confiables.
La Administración debe obtener datos relevantes de fuentes confiables internas y externas, de manera oportuna, y en función de los requisitos de información identificados y establecidos. Los datos relevantes tienen una conexión lógica con los requisitos de información identificados y establecidos. Las fuentes internas y externas confiables proporcionan datos que son razonablemente libres de errores y sesgos. La Administración debe obtener los datos en forma oportuna con el fin de que puedan ser utilizados de manera apropiada. Su utilización debe ser supervisada.

13.3 Datos Procesados en Información de Calidad.
La Administración debe procesar los datos obtenidos y transformarlos en información de calidad que apoye al control interno.

La Administración debe procesar datos relevantes a partir de fuentes confiables y transformarlos en información de calidad dentro de los sistemas de información de la Institución.

Principio 14. Comunicar Internamente
La Administración es responsable de que las áreas o unidades administrativas establezcan mecanismos de comunicación interna apropiados y de conformidad con las disposiciones aplicables, para difundir la información relevante y de calidad.

14.1 Comunicación en toda la Institución.
La Administración debe comunicar información de calidad en toda la Institución utilizando las líneas de reporte y autoridad establecidas. Tal información debe comunicarse hacia abajo, lateralmente y hacia arriba, mediante líneas de reporte, es decir, en todos los niveles de la Institución.

La Administración debe comunicar información de calidad hacia abajo y lateralmente a través de las líneas de reporte y autoridad para permitir que el personal desempeñe funciones clave en la consecución de objetivos, enfrentamiento de riesgos, prevención de la corrupción y apoyo al control interno.

La Administración debe recibir información de calidad sobre los procesos operativos de la Institución, la cual fluye por las líneas de reporte y autoridad apropiadas para que el personal apoye a la Administración en la consecución de los objetivos institucionales.

El Titular de la Institución o, en su caso, el Órgano de Gobierno debe recibir información de calidad que fluya hacia arriba por las líneas de reporte, proveniente de la Administración y demás personal. La información relacionada con el control interno que es comunicada al Titular o al Órgano de Gobierno debe incluir asuntos importantes acerca de la adhesión, cambios o asuntos emergentes en materia de control interno. La comunicación ascendente es necesaria para la vigilancia efectiva del control interno.

Cuando las líneas de reporte directas se ven comprometidas, el personal utiliza líneas separadas para comunicarse de manera ascendente. Las disposiciones jurídicas y normativas, así como las mejores prácticas internacionales, pueden requerir a las Instituciones establecer líneas de comunicación separadas, como líneas éticas de denuncia, para la comunicación de información confidencial o sensible.

14.2 Métodos Apropiados de Comunicación.

La Administración debe seleccionar métodos apropiados para comunicarse internamente y considerar una serie de factores en la selección de los métodos apropiados de comunicación, entre los que se encuentran:

a) Audiencia. Los destinatarios de la comunicación;
b) Naturaleza de la información. El propósito y el tipo de información que se comunica;
c) Disponibilidad. La información está a disposición de los diversos interesados cuando es necesaria;
d) Costo. Los recursos utilizados para comunicar la información;
e) Los requisitos legales o reglamentarios; y
f) Los mandatos contenidos en las leyes y regulaciones que pueden impactar la comunicación.

La Administración debe seleccionar métodos de comunicación apropiados, como documentos escritos, ya sea en papel o en formato electrónico, o reuniones con el personal. Asimismo, debe evaluar periódicamente los métodos de comunicación de la Institución para asegurar que cuenta con las herramientas adecuadas para comunicar internamente información de calidad de manera oportuna.

Principio 15. Comunicar Externamente

La Administración es responsable de que las áreas o unidades administrativas establezcan mecanismos de comunicación externa apropiados y de conformidad con las disposiciones aplicables, para difundir la información relevante.

15.1 Comunicación con Partes Externas.

La Administración debe comunicar a las partes externas, y obtener de éstas, información de calidad, utilizando las líneas de reporte establecidas. Las líneas abiertas y bidireccionales de reporte con partes externas permiten esta comunicación. Las partes externas incluyen, entre otros, a los proveedores, contratistas, servicios tercerizados, reguladores, auditores externos, Instituciones Gubernamentales y el público en general.

La Administración debe comunicar información de calidad externamente a través de las líneas de reporte. De ese modo, las partes externas pueden contribuir a la consecución de los objetivos institucionales y a enfrentar sus riesgos asociados. La

Administración debe incluir en esta información la comunicación relativa a los eventos y actividades que impactan el control interno.

La Administración debe recibir información externa a través de las líneas de reporte establecidas y autorizadas. La información comunicada a la Administración debe incluir los asuntos significativos relativos a los riesgos, cambios o problemas que afectan al control interno, entre otros. Esta comunicación es necesaria para el funcionamiento eficaz y apropiado del control interno.

El Titular de la Institución o, en su caso, el Órgano de Gobierno debe recibir información de partes externas a través de las líneas de reporte establecidas y autorizadas. La información comunicada al Titular de la Institución o al Órgano de Gobierno debe incluir asuntos importantes relacionados con los riesgos, cambios o problemas que impactan al control interno, entre otros. Esta comunicación es necesaria para la vigilancia eficaz y apropiada del control interno.

Cuando las líneas de reporte directas se ven comprometidas, las partes externas utilizan líneas separadas para comunicarse con la Institución. Las disposiciones jurídicas y normativas, así como las mejores prácticas internacionales pueden requerir a las Instituciones establecer líneas separadas de comunicación, como líneas éticas de denuncia, para comunicar información confidencial o sensible. La Administración debe informar a las partes externas sobre estas líneas separadas, la manera en que funcionan, cómo utilizarlas y cómo se mantendrá la confidencialidad de la información y, en su caso, el anonimato de quienes aporten información.

15.2 Métodos Apropiados de Comunicación.

Con base en la consideración de los factores, la Administración debe seleccionar métodos de comunicación apropiados, como documentos escritos, ya sea en papel o formato electrónico, o reuniones con el personal. De igual manera, debe evaluar periódicamente los métodos de comunicación de la Institución para asegurar que cuenta con las herramientas adecuadas para comunicar externamente información de calidad de manera oportuna.

Las Instituciones deben informar sobre su desempeño a las instancias y autoridades que correspondan, de acuerdo con las disposiciones aplicables. Adicionalmente, deben rendir cuentas a la ciudadanía sobre su actuación y desempeño.

E. QUINTA NORMA GENERAL. SUPERVISIÓN Y MEJORA CONTINUA.

Son las actividades establecidas y operadas por los responsables designados por el Titular de la Institución, con la finalidad de mejorar de manera continua al control interno, mediante la supervisión y evaluación de su eficacia, eficiencia y economía. La supervisión es responsabilidad de la Administración en cada uno de los procesos que realiza, y se puede apoyar, en los resultados de las auditorías realizadas por la SECON y por otras instancias fiscalizadoras, ya que proporcionan una supervisión adicional a nivel Institución, división, unidad administrativa o función.

La supervisión contribuye a la optimización permanente del control interno y, por lo tanto, a la calidad en el desempeño de las operaciones, la salvaguarda de los recursos públicos, la prevención de la corrupción, la oportuna resolución de los hallazgos de auditoría y de otras revisiones, así como a la idoneidad y suficiencia de los controles implementados.

El SCII debe mantenerse en un proceso de supervisión y mejora continua, con el propósito de asegurar que la insuficiencia, deficiencia o inexistencia detectadas en la supervisión, verificación y evaluación interna y por las diferentes instancias fiscalizadoras, se resuelva con oportunidad y diligencia, dentro de los plazos establecidos de acuerdo a las acciones a realizar, debiendo identificar y atender la causa raíz de las mismas a efecto de evitar su recurrencia.

Para la aplicación de esta norma, el Titular, la Administración y, en su caso, el Titular del OIC, deberán vigilar la implementación y operación en conjunto y de manera sistémica de los siguientes principios y elementos de control:

Principio 16. Realizar actividades de supervisión

La Administración implementará actividades para la adecuada supervisión del control interno y la evaluación de sus resultados, por lo que deberá realizar una comparación del estado que guarda, contra el diseño establecido por la Administración; efectuar autoevaluaciones y considerar las auditorías y evaluaciones de las diferentes instancias fiscalizadoras, sobre el diseño y eficacia operativa del control interno, documentando sus resultados para identificar las deficiencias y cambios que son necesarios aplicar al control interno, derivado de modificaciones en la Institución y su entorno.

16.1 Establecimiento de Bases de Referencia.

La Administración debe establecer bases de referencia para supervisar el control interno, comparando su estado actual contra el diseño efectuado por la Administración. Dichas bases representarán la diferencia entre los criterios de diseño del control interno y su estado en un punto específico en el tiempo, por lo que deberán revelar las debilidades y deficiencias detectadas en el control interno de la Institución.

Una vez establecidas las bases de referencia, la Administración debe utilizarlas como criterio en la evaluación del control interno, y cuando existan diferencias entre las bases y las condiciones reales realizar los cambios necesarios para reducirlas, ajustando el diseño del control interno y enfrentar mejor los objetivos y los riesgos institucionales o mejorar la eficacia operativa del control interno. Como parte de la supervisión, la Administración debe determinar cuándo revisar las bases de referencia, mismas que servirán para las evaluaciones de control interno subsecuentes.

16.2 Supervisión del Control Interno.

La Administración debe supervisar el control interno a través de auditorías preventivas y evaluaciones independientes. Las auditorías preventivas están integradas a las operaciones de la Institución, se realizan continuamente y responden a los cambios. Las evaluaciones independientes se utilizan periódicamente y pueden proporcionar información respecto de la eficacia e idoneidad de las auditorías preventivas.

La Administración debe realizar auditorías preventivas al diseño y eficacia operativa del control interno como parte del curso normal de las operaciones, en donde se deben incluir actividades de supervisión permanente por parte de la Administración, comparaciones, conciliaciones y otras acciones de rutina, así como herramientas automatizadas, las cuales permiten incrementar la objetividad y la eficiencia de los resultados mediante la recolección electrónica de las autoevaluaciones a los controles y transacciones.

La Administración puede incorporar evaluaciones independientes para supervisar el diseño y la eficacia operativa del control interno en un momento determinado, o de una función o proceso específico. El alcance y la frecuencia de las evaluaciones independientes dependen, principalmente, de la Administración de riesgos, la eficacia del monitoreo permanente y la frecuencia de cambios dentro de la Institución y en su entorno.

Las evaluaciones independientes también incluyen auditorías y otras evaluaciones que pueden implicar la revisión del diseño de los controles y la prueba directa a la implementación del Control Interno.

La Administración conserva la responsabilidad de supervisar si el control interno es eficaz y apropiado para los procesos asignados a los servicios tercerizados. También debe utilizar auditorías, las evaluaciones independientes o una combinación de ambas para obtener una seguridad razonable sobre la eficacia operativa de los controles internos sobre los procesos asignados a los servicios tercerizados.

16.3 Evaluación de Resultados.
La Administración debe evaluar y documentar los resultados de las auditorías preventivas y de las evaluaciones independientes para identificar problemas en el control interno. Asimismo, debe utilizar estas evaluaciones para determinar si el control interno es eficaz y apropiado.

La Administración debe identificar los cambios que han ocurrido en el control interno, derivados de modificaciones en la Institución y en su entorno. Las partes externas también pueden contribuir con la Administración a identificar problemas en el control interno como son las quejas o denuncias de la ciudadanía y el público en general, o de los cuerpos revisores o reguladores externos.

Principio 17. Evaluar los problemas y corregir las deficiencias
Todos los servidores públicos de la Institución deben comunicar las deficiencias y problemas de control interno tanto a los responsables de adoptar medidas correctivas, como al Titular, a la Administración y, en su caso, al Órgano de Gobierno, a través de las líneas de reporte establecidas; la Administración es responsable de corregir las deficiencias de control interno detectadas, documentar las medidas correctivas implantadas y monitorear que las acciones pertinentes fueron llevadas a cabo oportunamente por los responsables. Las medidas correctivas se comunicarán al nivel de control apropiado de la Institución.

17.1 Informe sobre Problemas.
Todo el personal debe reportar a las partes internas y externas adecuadas los problemas de control interno que haya detectado, mediante las líneas de reporte establecidas, para que la Administración, las unidades especializadas, en su caso, y las instancias de supervisión, evalúen oportunamente dichas cuestiones.

El personal puede identificar problemas de control interno en el desempeño de sus responsabilidades. Asimismo, debe comunicar estas cuestiones internamente al personal en la función clave responsable del control interno o proceso asociado y, cuando sea necesario, a otro de un nivel superior a dicho responsable. Dependiendo de la naturaleza de los temas, el personal puede considerar informar determinadas cuestiones al Órgano de Gobierno o, en su caso, al Titular de la Institución.

En función de los requisitos legales o de cumplimiento, la Institución también puede requerir informar de los problemas a los terceros pertinentes, tales como legisladores, reguladores, organismos normativos y demás encargados de la emisión de criterios y disposiciones normativas a las que la Institución está sujeta.

17.2 Evaluación de Problemas.
La Administración debe evaluar y documentar los problemas de control interno y debe determinar las acciones correctivas apropiadas para hacer frente oportunamente a los problemas y deficiencias detectadas. Adicionalmente, puede asignar responsabilidades y delegar autoridad para la apropiada remediación de las deficiencias de control interno.

17.3 Acciones Correctivas.
La Administración debe poner en práctica y documentar en forma oportuna las acciones para corregir las deficiencias de control interno. Dependiendo de la naturaleza de la deficiencia, el Titular de la Institución o la Administración, o el Titular del OIC, en su caso, deben revisar la pronta corrección de las deficiencias, comunicar las medidas correctivas al nivel apropiado de la estructura organizativa, y delegar al personal apropiado la autoridad y responsabilidad para realizar las acciones correctivas.

CAPÍTULO II
Responsabilidades y funciones en el SCII

Artículo 9. RESPONSABILIDADES Y FUNCIONES.

De conformidad con su ámbito de competencia y nivel jerárquico, los servidores públicos de cada nivel de Control Interno son los siguientes:

I. Estratégico: el Titular del sujeto obligado y los servidores públicos del segundo nivel jerárquico;
II. Directivo: los servidores públicos del tercer nivel jerárquico; y
III. Operativo: los servidores públicos del cuarto y siguientes niveles jerárquicos de mando medio hasta el último puesto de la estructura.

El control interno es responsabilidad del Titular de la Institución, quien lo implementa con apoyo de la Administración y del resto de los servidores públicos, quienes deberán cumplir con las siguientes funciones:

A. GENÉRICA:

Todos los servidores públicos de la Institución, son responsables de:

a) Informar al superior jerárquico sobre las deficiencias relevantes, riesgos asociados y sus actualizaciones, identificadas en los procesos sustantivos y administrativos en los que participan y son responsables.

B. DEL TITULAR Y LA ADMINISTRACIÓN DE LA INSTITUCIÓN:

a) Determinarán las metas y objetivos de la Institución como parte de la planeación estratégica, diseñando los indicadores que permitan identificar, analizar y evaluar sus avances y cumplimiento. En la definición de las metas y objetivos, se deberá considerar el mandato legal, su misión, visión y la contribución de la Institución para la consecución de los objetivos del Plan Estatal de Desarrollo, los programas sectoriales, especiales y demás planes y programas, así como al cumplimiento de las disposiciones jurídicas y normativas aplicables;
b) Establecerán y mantendrán un SCII actualizado al Modelo Estándar de Control Interno, sus principios y elementos de control; además de supervisar periódicamente su funcionamiento;
c) El Titular de la Institución aprobará el PTCI y el PTAR y remitirá a la DPE una vez formalizados en el mes de enero de cada año, para garantizar el oportuno cumplimiento de las acciones comprometidas por los responsables de su atención;
d) El Titular instruirá a las unidades administrativas que identifiquen en sus procesos los posibles riesgos de corrupción y caso de que se concluya que existen debilidades de control, el riesgo de corrupción deberá incluirse en la Matriz de Administración de Riesgos y PTAR; y

e) Presentar al Comité y en su caso al Órgano de Gobierno, las debilidades y deficiencias detectadas y de mayor impacto, así como las medidas y acciones de mejora adoptadas para su corrección.

C. DEL COORDINADOR DE CONTROL INTERNO:

En el Fortalecimiento del SCII

a) Ser el canal de comunicación e interacción con la Institución y DPE, en la implementación, actualización, supervisión, seguimiento y, control del SCII;
b) Acordar con el Titular de la Institución las acciones para la implementación y operación del Modelo Estándar de Control Interno;
c) Coordinar la aplicación de la evaluación del SCII en los procesos prioritarios de la Institución, las cuales se deberán llevar a cabo en el último cuatrimestre del año;
d) Coordinar la aplicación de una encuesta anual de clima laboral, las cuales se deberán llevar a cabo en el último cuatrimestre del año;
e) Presentar anualmente para firma del Titular de la Institución, el resultado de la evaluación del SCII en los procesos prioritarios de la Institución;
f) Revisar con el Enlace del SCII y presentar para aprobación del Titular de la Institución el Informe Anual del SCII y el PTCI, mismos que integraran las áreas de oportunidad encontradas en la evaluación del SCII en los procesos prioritarios y los resultados de las encuestas de clima laboral, y serán presentados para su aprobación en el último cuatrimestre de cada año;
g) Revisar con el Enlace del SCII y presentar para aprobación del Titular de la Institución el Reporte de Avance Cuatrimestral del PTCI; y
h) Difundir el PTCI, e instruir su implementación por los responsables de las acciones de control comprometidas;

En la Administración de Riesgos

a) Acordar con el Titular de la Institución la metodología de administración de riesgos, los objetivos institucionales a los que se deberá alinear el proceso y los riesgos institucionales que fueron identificados, incluyendo los de corrupción, en su caso; así como comunicar los resultados a las unidades administrativas de la Institución, por conducto del Enlace del SCII en forma previa al inicio del proceso de administración de riesgos;
b) Comprobar que la metodología para la administración de riesgos, se establezca y difunda formalmente en todas sus áreas administrativas y se constituya como proceso sistemático y herramienta de gestión. En caso de que la metodología instituida contenga etapas o actividades adicionales a las establecidas en las Disposiciones, se deberá informar por escrito a la DPE;
c) Convocar a los Titulares de todas las unidades administrativas de la Institución, al Titular del OIC para integrar el grupo de trabajo que definirá la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de Riesgos y el PTAR, para la autorización del Titular de la Institución, así como el cronograma de acciones que serán desarrolladas para tal efecto;
d) Revisar los proyectos de Matriz de Administración de Riesgos y Mapa de riesgos y el PTAR en el último cuatrimestre del año, conjuntamente con el Enlace del SCII, mismos que deberán ser aprobados por el Titular de la Institución;
e) Revisar el Reporte de Avances Cuatrimestral del PTAR y el Reporte Anual del Comportamiento de los riesgos; Presentar anualmente para firma del Titular de la Institución y el Enlace del SCII la Matriz de Administración de Riesgos y Mapa de riesgos, el PTAR y el Reporte Anual del Comportamiento de los riesgos;
f) Difundir la Matriz de Administración de riesgos, el Mapa de riesgos y el PTAR institucionales, e instruir la implementación del PTAR a los responsables de las acciones de control comprometidas; y

g) Comunicar al Enlace del SCII, los riesgos adicionales o cualquier actualización a la Matriz de Administración de riesgos, al Mapa de riesgos y al PTAR institucionales determinados en el Comité u Órgano de Gobierno, según corresponda.

En el Comité de Control y Desempeño Institucional:

a) Determinar, conjuntamente con el Presidente y el Vocal Ejecutivo, los asuntos a tratar en las sesiones del Comité y reflejarlos en la Orden del Día; así como, la participación de los responsables de las áreas competentes de la Institución; y
b) Revisar y validar que la información institucional sea suficiente, relevante y competente.

D. DEL ENLACE DEL SCII

a) Ser el canal de comunicación e interacción entre el Coordinador de Control Interno y las unidades administrativas de la Institución;
b) Definir las áreas administrativas y los procesos prioritarios en donde será aplicada la evaluación del SCII;
c) Instrumentar las acciones y los controles necesarios, con la finalidad de que las unidades administrativas realicen la evaluación de sus procesos prioritarios;
d) Revisar con los responsables de las unidades administrativas la propuesta de acciones de mejora que serán incorporadas al PTCI para atender la inexistencia o insuficiencia en la implementación de las Normas Generales, sus principios y elementos de control interno;
e) Elaborar el proyecto del Informe Anual y del PTCI para revisión del Coordinador de Control Interno;
f) Elaborar la propuesta de actualización del PTCI para revisión del Coordinador de Control Interno;
g) Integrar información para la elaboración del proyecto de Reporte de Avances Cuatrimestral del cumplimiento del PTCI y presentarlo al Coordinador de Control Interno;
h) Incorporar en el Sistema Informático el Informe Anual, el PTCI y el reporte de avances cuatrimestral, revisados y autorizados;
i) Informar y orientar a las unidades administrativas sobre el establecimiento de la metodología de administración de riesgos determinada por la Institución, las acciones para su aplicación y los objetivos institucionales a los que se deberá alinear dicho proceso, para que documenten la Matriz de Administración de Riesgos;
j) Para tal efecto, se podrá utilizar el formato de Matriz de Administración de Riesgos, que se encuentra disponible en la SECON ;
k) Revisar y analizar la información proporcionada por las unidades administrativas en forma integral, a efecto de elaborar y presentar al Coordinador de Control Interno los proyectos institucionales de la Matriz de Administración de Riesgos, Mapa de Riesgos y PTAR; el Reporte de Avances Cuatrimestral del PTAR; y el Reporte Anual del Comportamiento de los riesgos;
l) Resguardar los documentos señalados en el inciso anterior que hayan sido firmados y sus respectivas actualizaciones;
m) Dar seguimiento permanente al PTCI y PTAR y actualizar el Reporte de Avance Cuatrimestral;
n) Agregar en la Matriz de Administración de Riesgos, el PTAR y el Mapa de Riesgos, los riesgos adicionales o cualquier actualización, identificada por los servidores públicos de la Institución, así como los determinados por el Comité o el Órgano de Gobierno, según corresponda;

o) Incorporar en el Sistema Informático la Matriz de Administración de Riesgos, Mapa de Riesgos y el PTAR; el Reporte de Avances Cuatrimestral del este último; y el Reporte Anual del Comportamiento de los riesgos;
p) Realizar el Análisis Anual del Comportamiento de los riesgos;
q) Solicitar a las unidades administrativas de la Institución la información suficiente, relevante y competente para la integración de la carpeta electrónica;
r) Remitir al Coordinador de Control Interno la información institucional consolidada para su revisión y validación;
s) Integrar y capturar la carpeta electrónica para su consulta por los convocados, con siete días hábiles de anticipación a la celebración de la sesión; y
t) Registrar en el Sistema Informático el seguimiento y atención de los acuerdos del Comité.

E. DEL ÓRGANO DE INTERNO DE CONTROL
En el Fortalecimiento del SCII:

a) Vigilar que las acciones de mejora comprometidas en el PTCI, PTAR y recomendaciones de DPE, se cumplan en tiempo y forma;
b) Evaluar el Informe Anual y los Reporte de Avances Cuatrimestral del PTCI y PTAR;
c) Elaborar el Informe de Verificación al Reporte de Avance Cuatrimestral del PTCI y PTAR, así como el Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos; y
d) Presentar en la primera sesión ordinaria del Comité o del Órgano de Gobierno, la Evaluación del Informe Anual y el Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos.

CAPÍTULO III
Evaluación y Fortalecimiento del Sistema de Control Interno

Sección I.
Evaluación del SCII

Artículo 10. LA EVALUACIÓN DEL SCII
El SCII deberá ser evaluado anualmente, por los servidores públicos responsables de los procesos prioritarios en el ámbito de su competencia, identificando y conservando la evidencia documental y electrónica que acredite la existencia y suficiencia de la implementación de las Normas Generales de Control Interno, sus 17 Principios y elementos de control interno, así como de tenerla a disposición de las instancias fiscalizadoras que la soliciten.

Para evaluar el SCII, se deberá verificar la existencia y operación de los elementos de control de por lo menos cinco procesos prioritarios y como máximo los que determine la Institución conforme a su mandato y características, a fin de conocer el estado que guarda su SCII.

La Institución determinará los procesos prioritarios para la evaluación del SCII, cuando éstos se encuentren debidamente mapeados y formalmente incorporados a su inventario de procesos.

En ese sentido, los procesos seleccionados podrán ser aquellos que formen parte de un mismo macro proceso, estar concatenados entre sí, o que se ejecuten de manera transversal entre varias áreas.

Se podrá seleccionar cualquier proceso prioritario, utilizando alguno o varios de los siguientes criterios:

I. Aporta al logro de los compromisos y prioridades incluidas en el Plan Estatal de Desarrollo y programas sectoriales, regionales, institucionales, especiales y transversales;

II. Contribuye al cumplimiento de la visión, misión y objetivos estratégicos de la Institución;
III. Genera beneficios a la población o están relacionados con la entrega de subsidios;
IV. Se encuentra relacionado con trámites y servicios que se brindan al gobernado, en especial permisos, licencias y concesiones;
V. Su ejecución permite el cumplimiento de indicadores de desempeño de programas presupuestarios o se encuentra directamente relacionado con una Matriz de Indicadores para Resultados;
VI. Tiene un alto monto de recursos presupuestales asignados;
VII. Es susceptible de presentar riesgos de actos contrarios a la integridad, en lo específico de corrupción; y
VIII. Se ejecuta con apoyo de algún sistema informático.

La Institución deberá elaborar y remitir, en el segundo cuatrimestre del año, a la DPE una matriz en donde señale los criterios adoptados para seleccionar los procesos prioritarios en los cuales realizó la evaluación del SCII, para ello podrá utilizar el siguiente formato:

Nombre del Proceso Prioritario	Tipo Sustantivo/ Administrativo	Unidad Responsable (Dueña del proceso)	Criterios de Selección							
			I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
Proceso 1										
Proceso 2										
Proceso 3										
Proceso 4										
Proceso 5										

La evaluación del SCII se realizará identificando la implementación y operación de las Normas Generales de Control Interno y sus 17 Principios, a través de la verificación de la existencia y suficiencia de los siguientes elementos de control:

PRIMERA. AMBIENTE DE CONTROL.

1. La misión, visión, metas y objetivos están alineados al Plan Estatal de Desarrollo y a los Programas Sectoriales y Especiales;
2. Los servidores públicos de la Institución, conocen y aseguran en su área de trabajo el cumplimiento de metas y objetivos, visión y misión institucionales;
3. Los objetivos y metas institucionales derivados del plan estratégico están comunicados y asignados a los encargados de las áreas y responsables de cada uno de los procesos para su cumplimiento;
4. Se promueve, diseña, establece y operan los controles con apego al Código de Ética;
5. Se aplican, en el último cuatrimestre del año, encuestas de clima organizacional, se identifican áreas de oportunidad, determinan acciones de mejora, dan seguimiento y evalúan sus resultados;
6. La estructura organizacional define la autoridad y responsabilidad, segrega y delega funciones, delimita facultades entre el personal que autoriza, ejecuta, vigila, evalúa, registra o contabiliza las transacciones de los procesos;
7. Los perfiles y descripciones de puestos están actualizados conforme a las funciones y alineados a los procesos;
8. El manual de organización y de procedimientos de las unidades administrativas que intervienen en los procesos está alineado a los objetivos y metas institucionales y se actualizan con base en sus atribuciones y responsabilidades establecidas en la normatividad aplicable; y
9. Se opera en el proceso un mecanismo para evaluar y actualizar el control interno, en cada ámbito de competencia y nivel jerárquico.

SEGUNDA. ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS.

10. Se aplica la metodología establecida en cumplimiento a las etapas para la administración de riesgos, para su identificación, descripción, evaluación, atención y seguimiento, que incluya los factores de riesgo, estrategias para administrarlos y la implementación de acciones de control;
11. Las operaciones y actividades relevantes están autorizadas y ejecutadas por el servidor público facultado para ello conforme a la normatividad; dichas autorizaciones son comunicadas al personal;
12. Las actividades de control interno atienden y mitigan los riesgos identificados del proceso, que pueden afectar el logro de metas y objetivos institucionales, y éstas son ejecutadas por el servidor público facultado conforme a la normatividad;
13. Existe un procedimiento formal que establezca la obligación de los responsables de los procesos que intervienen en la administración de riesgos; y
14. Se instrumentan en los procesos acciones para identificar, evaluar y dar respuesta a los riesgos de corrupción, abusos y fraudes potenciales que pudieran afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales.

TERCERA. ACTIVIDADES DE CONTROL.

15. Se seleccionan y desarrollan actividades de control que ayudan a dar respuesta y reducir los riesgos de cada proceso, considerando los controles manuales y automatizados con base en el uso de TIC´s;
16. Se encuentran claramente definidas las actividades de control en cada proceso, para cumplir con las metas comprometidas con base en el presupuesto asignado del ejercicio fiscal;
17. Se tienen en operación los instrumentos y mecanismos del proceso, que miden su avance, resultados y se analizan las variaciones en el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales;
18. Se tienen establecidos estándares de calidad, resultados, servicios o desempeño en la ejecución de los procesos;
19. Se establecen en los procesos mecanismos para identificar y atender la causa raíz de las observaciones determinadas por las diversas instancias de fiscalización, con la finalidad de evitar su recurrencia;
20. Se identifica en los procesos la causa raíz de las debilidades de control interno determinadas, con prioridad en las de mayor importancia, a efecto de evitar su recurrencia e integrarlas a un PTCI para su seguimiento y atención;
21. Se evalúan y actualizan en los procesos las políticas, procedimientos, acciones, mecanismos e instrumentos de control;
22. Las recomendaciones y acuerdos de los Comités Institucionales, relacionados con cada proceso, se atienden en tiempo y forma, conforme a su ámbito de competencia;
23. Existen y operan en los procesos actividades de control desarrolladas mediante el uso de TIC’s;
24. Se identifican y evalúan las necesidades de utilizar TIC’s en las operaciones y etapas del proceso, considerando los recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos que se requieren;
25. En las operaciones y etapas automatizadas de los procesos se cancelan oportunamente los accesos autorizados del personal que causó baja, tanto a espacios físicos como a TIC’s; y
26. Se cumple con las políticas y disposiciones establecidas para la Estrategia Digital Nacional en los procesos de gobernanza, organización y de entrega, relacionados con la planeación, contratación y administración de bienes y servicios de TIC’s y con la seguridad de la información, TIC’s.

CUARTA. INFORMAR Y COMUNICAR.

27. Existe en cada proceso un mecanismo para generar información relevante y de calidad, de conformidad con las disposiciones legales y administrativas aplicables;
28. Se tiene implantado en cada proceso un mecanismo o instrumento para verificar que la elaboración de informes, respecto del logro del plan estratégico, objetivos y metas institucionales, cumplan con las políticas, lineamientos y criterios institucionales establecidos;
29. Dentro del sistema de información se genera de manera oportuna, suficiente y confiable, información sobre el estado de la situación contable y programático-presupuestal del proceso;
30. Se cuenta con el registro de acuerdos y compromisos, correspondientes a los procesos, aprobados en las reuniones del Órgano de Gobierno, así como de su seguimiento, a fin de que se cumplan en tiempo y forma;
31. Se tiene implantado un mecanismo específico para el registro, análisis y atención oportuna y suficiente de quejas y denuncias; y
32. Se cuenta con un sistema de Información que de manera integral, oportuna y confiable permite a la alta dirección y, en su caso, al Órgano de Gobierno realizar seguimientos y tomar decisiones.

QUINTA. SUPERVISIÓN Y MEJORA CONTINUA

33. Se realizan las acciones correctivas y preventivas que contribuyen a la eficiencia y eficacia de las operaciones, así como la supervisión permanente de los Normas Generales de Control Interno;
34. Los resultados de las auditorías de instancias fiscalizadoras de cumplimiento, de riesgos, de funciones, evaluaciones y de seguridad sobre las TIC´s, se utilizan para retroalimentar a cada uno de los responsables y mejorar el proceso; y
35. Se llevan a cabo evaluaciones del control interno de los procesos sustantivos y administrativos por parte del Titular y la Administración, SECON o de una instancia independiente para determinar la suficiencia y efectividad de los controles establecidos.

El Coordinador de Control Interno deberá implementar acciones concretas para que los responsables de los procesos prioritarios seleccionados, apliquen la evaluación con objeto de verificar la existencia y suficiencia de los elementos de control. El responsable o dueño del proceso deberá establecer y comprometer acciones de mejora en el PTCI, cuando se identifiquen debilidades de control interno o áreas de oportunidad que permitan fortalecer el SCII.

Sección II.
Informe Anual del Estado que Guarda el SCII

Artículo 11. PRESENTACIÓN DEL INFORME ANUAL.

Con base en los resultados obtenidos de la aplicación de la evaluación del SCII a los procesos prioritarios, los Titulares presentarán con su firma autógrafa un Informe Anual:

I. Al DPE, con copia al Titular del Órgano Interno de Control;
II. Al Comité /COCODI en la primera sesión ordinaria; y
III. Al Órgano de Gobierno, en su caso, en su primera sesión ordinaria.

Artículo 12. LOS APARTADOS QUE LO INTEGRAN.

El Informe Anual no deberá exceder de tres cuartillas y se integrará con los siguientes apartados:

I. Aspectos relevantes derivados de la evaluación del SCII:

   a) Porcentaje de cumplimiento general de los elementos de control y por norma general de control interno;
   b) Elementos de control con evidencia documental y electrónica, suficiente para acreditar su existencia y operación, por norma general de control interno;
   c) Elementos de control con evidencia documental y electrónica, inexistente o insuficiente para acreditar su implementación, por norma general de control interno; y
   d) Debilidades o áreas de oportunidad en el SCII.

II. Resultados relevantes alcanzados con la implementación de las acciones de mejora comprometidas en el año inmediato anterior en relación con los esperados, indicando en su caso, las causas por las cuales no se cumplió en tiempo y forma la totalidad de las acciones de mejora propuestas en el PTCI del ejercicio inmediato anterior; y

III. Compromiso de cumplir en tiempo y forma las acciones de mejora que conforman el PTCI.

La evaluación del SCII y el PTCI deberán anexarse al Informe Anual y formarán parte integrante del mismo.

Artículo 13. LA SOLICITUD DEL INFORME ANUAL EN FECHA DISTINTA

La DPE podrá solicitar el Informe Anual con fecha distinta al 31 de enero de cada año, por instrucciones superiores, caso fortuito o causas de fuerza mayor.

Sección III.
Integración y seguimiento del PTCI

Artículo 14. INTEGRACIÓN DEL PTCI Y ACCIONES DE MEJORA.

El PTCI deberá contener las acciones de mejora determinadas para fortalecer los elementos de control de cada norma general, identificados con inexistencias o insuficiencias en el SCII, las cuales pueden representar debilidades de control interno o áreas de oportunidad para diseñar nuevos controles o reforzar los existentes, también deberá incluir la fecha de inicio y término de la acción de mejora, la unidad administrativa y el responsable de su implementación, así como los medios de verificación. El PTCI deberá presentar la firma de autorización del Titular de la Institución, de revisión del Coordinador de Control Interno y de elaboración del Enlace del SCII.

Las acciones de mejora deberán concluirse a más tardar el 31 diciembre de cada año, en caso contrario, se documentarán y presentarán en el Comité las justificaciones correspondientes, así como considerar los aspectos no atendidos en la siguiente evaluación del SCII y determinar las nuevas acciones de mejora que serán integradas al PTCI.

La evidencia documental y electrónica suficiente que acredite la implementación de las acciones de mejora y avances reportados sobre el cumplimiento del PTCI, deberá ser resguardada por los servidores públicos responsables de su implementación y estará a disposición de las instancias fiscalizadoras.

Artículo 15. ACTUALIZACIÓN DEL PTCI.

El PTCI podrá ser actualizado con motivo de las recomendaciones formuladas por el Titular del Órgano Interno de Control de los sujetos obligados derivadas de la evaluación al Informe Anual y al PTCI original al identificarse áreas de oportunidad adicionales o que tiendan a fortalecer las acciones de mejora determinadas por la Institución. El PTCI actualizado y debidamente firmado

deberá presentarse a más tardar en la segunda sesión ordinaria anual del Comité para su conocimiento y posterior seguimiento.

Artículo 16. REPORTE DE AVANCE CUATRIMESTRAL DEL PTCI.

El seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejora del PTCI deberá realizarse periódicamente por el Coordinador de Control Interno para informar cuatrimestralmente al Titular de la Institución el resultado, a través del Reporte de Avances Cuatrimestral, el cual deberá contener al menos lo siguiente:

I. Resumen cuantitativo de las acciones de mejora comprometidas, indicando el total de las concluidas y el porcentaje de cumplimiento que representan, el total de las que se encuentran en proceso y porcentaje de avance de cada una de ellas, así como las pendientes sin avance;
II. En su caso, la descripción de las principales problemáticas que obstaculizan el cumplimiento de las acciones de mejora reportadas en proceso y propuestas de solución para consideración del Comité u Órgano de Gobierno, según corresponda;
III. Conclusión general sobre el avance global en la atención de las acciones de mejora comprometidas y respecto a las concluidas su contribución como valor agregado para corregir debilidades o insuficiencias de control interno o fortalecer el Sistema de Control Interno; y
IV. Firma del Coordinador de Control Interno.

El Coordinador de Control Interno deberá presentar dicho reporte al Titular del Órgano Interno de Control de los sujetos obligados, dentro de los 15 días hábiles posteriores al cierre de cada cuatrimestre, para que esa instancia pueda emitir su Informe de Verificación; así como al Comité u Órgano de Gobierno, a través del Sistema Informático, en la sesión ordinaria posterior al cierre de cada cuatrimestre. El primer reporte de avance cuatrimestral se presentará en la segunda sesión ordinaria anual.

Artículo 17. INFORME DE VERIFICACIÓN DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL AL REPORTE DE AVANCES CUATRIMESTRAL DEL PTCI.

El Titular de los OIC de los sujetos obligado se realizará la evaluación del Reporte de Avances Cuatrimestral del PTCI y elaborará el Informe de Evaluación de cada uno de los aspectos contenidos en dicho reporte, el cual presentará al Titular de la Institución y al Coordinador de Control Interno, dentro de los 15 días hábiles posteriores a la recepción del reporte de avance cuatrimestral del PTCI; así como al Comité y, en su caso, al Órgano de Gobierno, en las sesiones ordinarias posteriores al cierre de cada cuatrimestre. El primer reporte de avance cuatrimestral se presentará en la segunda sesión ordinaría anual.

Sección IV.
Evaluación del Órgano Interno de Control al Informe Anual y PTCI.

Artículo 18. INFORME DE RESULTADOS.
El Titular del Órgano Interno de Control evaluará el Informe Anual y el PTCI, debiendo presentar con su firma autógrafa el Informe de Resultados al Titular de la Institución y a la DPE a más tardar el último día hábil del mes de febrero; así como al Comité o, en su caso, al Órgano de Gobierno, en su primera sesión ordinaria.

Artículo 19. CONTENIDO Y CRITERIOS PARA SU ELABORACIÓN.
El Informe de Resultados de la evaluación del Titular del Órgano Interno de Control deberá contener su opinión sobre los siguientes aspectos:

I. La evaluación aplicada por la Institución en los procesos prioritarios seleccionados, determinando la existencia de criterios o elementos específicos que justifiquen la elección de dichos procesos;
II. La evidencia documental y electrónica que acredite la existencia y suficiencia de la implementación de los elementos de control evaluados en cada proceso prioritario seleccionado;
III. La congruencia de las acciones de mejora integradas al PTCI con los elementos de control evaluados y si aportan indicios suficientes para desprender que en lo general o en lo específico podrán contribuir a corregir debilidades o insuficiencias de control interno y atender áreas de oportunidad para fortalecer el SCII; y
IV. Conclusiones y recomendaciones.

Los servidores públicos responsables de las Unidades Administrativas y procesos de la Institución deberán atender, en todo momento, los requerimientos de información que les formule el Órgano Interno de Control en cumplimiento a las obligaciones y atribuciones que le otorgan a éste las presentes Disposiciones.

TÍTULO TERCERO.
METODOLOGÍA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS
CAPÍTULO I
Proceso de Administración de Riesgos

Artículo 20. INICIO DEL PROCESO

El proceso de administración de riesgos deberá iniciarse a más tardar en el último cuatrimestre de cada año, con la conformación de un grupo de trabajo en el que participen los Titulares de todas las unidades administrativas de la Institución, el Titular del Órgano Interno de Control, el Coordinador de Control Interno y el Enlace del SCII, con objeto de definir las acciones a seguir para integrar la Matriz y el PTAR, las cuales deberán reflejarse en un cronograma que especifique las actividades a realizar, designación de responsables y fechas compromiso para la entrega de productos.

Artículo 21. FORMALIZACIÓN Y ETAPAS DE LA METODOLOGÍA

La metodología general de administración de riesgos que se describe en el presente numeral está debidamente documentada su aplicación en una Matriz de Administración de Riesgos, la cual será proporcionada por la SECON.

I. Comunicación y Consulta.

Se realizará conforme a lo siguiente:

a) Considerar el plan estratégico institucional, identificar y definir tanto las metas y objetivos de la Institución como los procesos prioritarios, sustantivos y administrativos, así como los actores directamente involucrados en el proceso de administración de riesgos, y
b) Definir las bases y criterios que se deberán considerar para la identificación de las causas y posibles efectos de los riesgos, así como las acciones de control que se adopten para su tratamiento; y
c) Identificar los procesos susceptibles a riesgos de corrupción.

Lo anterior debe tener como propósito establecer un contexto apropiado, asegurar que los objetivos, metas y procesos de la Institución sean comprendidos y considerados por los responsables de instrumentar el proceso de administración de riesgos, asegurar que los riesgos sean identificados correctamente, incluidos los de corrupción, y constituir un grupo de trabajo en donde estén representadas todas las áreas de la Institución para el adecuado análisis de los riesgos.

II. Contexto.

Esta etapa se realizará conforme a lo siguiente:

a) Describir el entorno externo social, político, legal, financiero, tecnológico, económico, ambiental y de competitividad, según sea el caso, de la Institución, a nivel internacional, nacional y regional;
b) Describir las situaciones intrínsecas a la Institución relacionadas con su estructura, atribuciones, procesos, objetivos y estrategias, recursos humanos, materiales y financieros, programas presupuestarios y la evaluación de su desempeño, así como su capacidad tecnológica bajo las cuales se pueden identificar sus fortalezas y debilidades para responder a los riesgos que sean identificados;
c) Identificar, seleccionar y agrupar los enunciados definidos como supuestos en los procesos de la Institución, a fin de contar con un conjunto sistemático de eventos adversos de realización incierta que tienen el potencial de afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales. Este conjunto deberá utilizarse como referencia en la identificación y definición de os riesgos; y
d) Describir el comportamiento histórico de los riesgos identificados en ejercicios anteriores, tanto en lo relativo a su incidencia efectiva como en el impacto que, en su caso, hayan tenido sobre el logro de los objetivos institucionales.

III. Evaluación de Riesgos.

Se realizará conforme a lo siguiente:

a) Identificación, selección y descripción de riesgos. Se realizará con base en las metas y objetivos institucionales, y los procesos sustantivos por los cuales se logran éstos, con el propósito de constituir el inventario de riesgos institucional.

   Algunas de las técnicas que se podrán utilizar en la identificación de los riesgos son: talleres de autoevaluación; mapeo de procesos; análisis del entorno; lluvia de ideas; entrevistas; análisis de indicadores de gestión, desempeño o de riesgos; cuestionarios; análisis comparativo y registros de riesgos.

   En la descripción de los riesgos se deberá considerar la siguiente estructura general: sustantivo, verbo en participio y, adjetivo o adverbio o complemento circunstancial negativo. Los riesgos deberán ser descritos como una situación negativa que puede ocurrir y afectar el cumplimiento de metas y objetivos institucionales.

b) Nivel de decisión del riesgo. Se identificará el nivel de exposición que tiene el riesgo en caso de su materialización, de acuerdo a lo siguiente:

   i) Estratégico: Afecta negativamente el cumplimiento de la misión, visión, objetivos y metas institucionales;
   ii) Directivo: Impacta negativamente en la operación de los procesos, programas y proyectos de la Institución; y
   iii) Operativo: Repercute en la eficacia de las acciones y tareas realizadas por los responsables de su ejecución.

c) Clasificación de los riesgos. Se realizará en congruencia con la descripción del riesgo que se determine, de acuerdo a la naturaleza de la Institución, clasificándolos en los siguientes tipos de riesgo: sustantivo, administrativo; legal; financiero; presupuestal; de servicios; de seguridad; de obra pública; de recursos humanos; de imagen; de TIC´s; de salud; de corrupción y otros.

d) Identificación de factores de riesgo. Se describirán las causas o situaciones que puedan contribuir a la materialización de un riesgo, considerándose para tal efecto la siguiente clasificación:
   i) Humano: Se relacionan con las personas, que participan directa o indirectamente en los programas, proyectos, procesos, actividades o tareas;
   ii) Financiero Presupuestal: Se refieren a los recursos financieros y presupuestales necesarios para el logro de metas y objetivos;
   iii) Técnico-Administrativo: Se vinculan con la estructura orgánica funcional, políticas, sistemas no informáticos, procedimientos, comunicación e información, que intervienen en la consecución de las metas y objetivos;
   iv) TIC´s: Se relacionan con los sistemas de información y comunicación automatizados;
   v) Material: Se refieren a la Infraestructura y recursos materiales necesarios para el logro de las metas y objetivos;
   vi) Normativo: Se vinculan con las leyes, reglamentos, normas y disposiciones que rigen la actuación de la organización en la consecución de las metas y objetivos; y
   vii) Entorno: Se refieren a las condiciones externas a la organización, que pueden incidir en el logro de las metas y objetivos.

e) Tipo de factor de riesgo: Se identificará el tipo de factor conforme a lo siguiente:

   i) Interno: Se encuentra relacionado con las causas o situaciones originadas en el ámbito de actuación de la organización; y
   ii) Externo: Se refiere a las causas o situaciones fuera del ámbito de competencia de la organización.

f) Identificación de los posibles efectos de los riesgos. Se describirán las consecuencias que incidirán en el cumplimiento de las metas y objetivos institucionales, en caso de materializarse el riesgo identificado;

g) Valoración del grado de impacto antes de la evaluación de controles, valoración inicial. La asignación se determinará con un valor del 1 al 10 en función de los efectos, de acuerdo a la siguiente escala de valor:

Escala de Valor	Impacto	Descripción
10	Catastrófico	Influye directamente en el cumplimiento de la misión, visión, metas y objetivos de la Institución y puede implicar pérdida patrimonial, incumplimientos normativos, problemas operativos o impacto ambiental y deterioro de
9		

		la imagen, dejando además sin funcionar totalmente o por un periodo importante de tiempo, afectando los programas, proyectos, procesos o servicios sustantivos de la Institución.
8	Grave	Dañaría significativamente el patrimonio, incumplimientos normativos, problemas operativos o de impacto ambiental y deterioro de la imagen o logro de las metas y objetivos institucionales. Además se requiere una cantidad importante de tiempo para investigar y corregir los daños.
7		
6	Moderado	Causaría, ya sea una pérdida importante en el patrimonio o un deterioro significativo en la imagen institucional.
5		
4	Bajo	Causa un daño en el patrimonio o imagen institucional, que se puede corregir en el corto tiempo y no afecta el cumplimiento de las metas y objetivos institucionales.
3		
2	Menor	Riesgo que puede ocasionar pequeños o nulos efectos en la Institución.
1		

h) Valoración de la probabilidad de ocurrencia antes de la evaluación de controles, valoración inicial. La asignación se determinará con un valor del 1 al 10, en función de los factores de riesgo, considerando las siguientes escalas de valor:

Escala de Valor	Probabilidad de Ocurrencia	Descripción
10	Recurrente	Probabilidad de ocurrencia muy alta. Se tiene la seguridad de que el riesgo se materialice, tiende a estar entre 90% y 100%.
9		
8	Muy probable	Probabilidad de ocurrencia alta. Está entre 75% a 89% la seguridad de que se materialice el riesgo.
7		
6	Probable	Probabilidad de ocurrencia media. Está entre 51% a 74% la seguridad de que se materialice el riesgo.
5		
4	Inusual	Probabilidad de ocurrencia baja. Está entre 25% a 50% la seguridad de que se materialice el riesgo.
3		
2	Remota	Probabilidad de ocurrencia muy baja. Está entre 1% a 24% la seguridad de que se materialice el riesgo.
1		

La valoración del grado de impacto y de la probabilidad de ocurrencia deberá realizarse antes de la evaluación de controles, evaluación inicial, se determinará sin considerar los controles existentes para administrar los riesgos, a fin de visualizar la máxima vulnerabilidad a que está expuesta la Institución de no responder ante ellos adecuadamente.

IV. Evaluación de Controles

Se realizará conforme a lo siguiente:

a) Comprobar la existencia o no de controles para cada uno de los factores de riesgo y, en su caso, para sus efectos;

b) Describir los controles existentes para administrar los factores de riesgo y, en su caso, para sus efectos;
c) Determinar el tipo de control: preventivo, correctivo y detectivo; e
d) Identificar en los controles lo siguiente:

1. **Deficiencia:** Cuando no reúna alguna de las siguientes condiciones:

i) Está documentado: Que se encuentra descrito.
ii) Está formalizado: Se encuentra autorizado por servidor público facultado.
iii) Se aplica: Se ejecuta consistentemente el control, y
iv) Es efectivo. Cuando se incide en el factor de riesgo, para disminuir la probabilidad de ocurrencia.

2. **Suficiencia:** Cuando se cumplen todos los requisitos anteriores y se cuenta con el número adecuado de controles por cada factor de riesgo.

e) Determinar si el riesgo está controlado suficientemente, cuando todos sus factores cuentan con controles suficientes.

V. Evaluación De Riesgos Respecto A Controles

Valoración final del impacto y de la probabilidad de ocurrencia del riesgo. En esta etapa se realizará la confronta de los resultados de la evaluación de riesgos y de controles, a fin de visualizar la máxima vulnerabilidad a que está expuesta la Institución de no responder adecuadamente ante ellos, considerando los siguientes aspectos:

a) La valoración final del riesgo nunca podrá ser superior a la valoración inicial;
b) Si todos los controles del riesgo son suficientes, la valoración final del riesgo deberá ser inferior a la inicial;
c) Si alguno de los controles del riesgo son deficientes, o se observa inexistencia de controles, la valoración final del riesgo deberá ser igual a la inicial, y
d) La valoración final carecerá de validez cuando no considere la valoración inicial del impacto y de la probabilidad de ocurrencia del riesgo; la totalidad de los controles existentes y la etapa de evaluación de controles.

Para la valoración del impacto y de la probabilidad de ocurrencia antes y después de la evaluación de controles, las Instituciones podrán utilizar metodologías, modelos y teorías basados en cálculos matemáticos, tales como puntajes ponderados, cálculos de preferencias, proceso de jerarquía analítica y modelos probabilísticos, entre otros.

VI. Mapa de Riesgos

Los riesgos se ubicarán por cuadrantes en la Matriz de Administración de Riesgos y se graficarán en el Mapa de Riesgos, en función de la valoración final del impacto en el eje horizontal y la probabilidad de ocurrencia en el eje vertical. La representación gráfica del Mapa de Riesgos deberá contener los cuadrantes siguientes:

Cuadrante I. Riesgos de Atención Inmediata.- Son críticos por su alta probabilidad de ocurrencia y grado de impacto, se ubican en la escala de valor mayor a 5 y hasta 10 de ambos ejes;
Cuadrante II. Riesgos de Atención Periódica.- Tienen alta probabilidad de ocurrencia ubicada en la escala de valor mayor a 5 y hasta 10 y bajo grado de impacto de 1 y hasta 5;

Cuadrante III. Riesgos de Seguimiento.- Tienen baja probabilidad de ocurrencia con valor de 1 y hasta 5 y alto grado de impacto mayor a 5 y hasta 10; y
Cuadrante IV. Riesgos Controlados.- Son de baja probabilidad de ocurrencia y grado de impacto, se ubican en la escala de valor de 1 y hasta 5 de ambos ejes.

VII. Definición de Estrategias y Acciones de Control para Responder a los Riesgos

Se realizará considerando lo siguiente:

a) Las estrategias constituirán las políticas de respuesta para administrar los riesgos, basados en la valoración final del impacto y de la probabilidad de ocurrencia del riesgo, lo que permitirá determinar las acciones de control a implementar por cada factor de riesgo. Es imprescindible realizar un análisis del beneficio ante el costo en la mitigación de los riesgos para establecer las siguientes estrategias:

1. Evitar el riesgo.- Se refiere a eliminar el factor o factores que pueden provocar la materialización del riesgo, considerando que sí una parte del proceso tiene alto riesgo, el segmento completo recibe cambios sustanciales por mejora, rediseño o eliminación, resultado de controles suficientes y acciones emprendidas;
2. Reducir el riesgo.- Implica establecer acciones dirigidas a disminuir la probabilidad de ocurrencia y el impacto, tales como la optimización de los procedimientos y la implementación o mejora de controles;
3. Asumir el riesgo.- Se aplica cuando el riesgo se encuentra en el Cuadrante III, riesgos Controlados de baja probabilidad de ocurrencia y grado de impacto y puede aceptarse sin necesidad de tomar otras medidas de control diferentes a las que se poseen, o cuando no se tiene opción para abatirlo y sólo pueden establecerse acciones de contingencia.
4. Transferir el riesgo.- Consiste en trasladar el riesgo a un externo a través de la contratación de servicios tercerizados, el cual deberá tener la experiencia y especialización necesaria para asumir el riesgo, así como sus impactos o pérdidas derivadas de su materialización. Esta estrategia cuenta con tres métodos;
   i) **Protección o cobertura:** Cuando la acción que se realiza para reducir la exposición a una pérdida, obliga también a renunciar a la posibilidad de una ganancia;
   ii) **Aseguramiento:** Significa pagar una prima para que en caso de tener pérdidas, éstas sean asumidas por la aseguradora, hay una diferencia fundamental entre el aseguramiento y la protección. Cuando se recurre a la segunda medida se elimina el riesgo renunciando a una ganancia posible. Cuando se recurre a la primera medida se paga una prima para eliminar el riesgo de pérdida, sin renunciar por ello a la ganancia posible; y
   iii) **Diversificación:** Implica mantener cantidades similares de muchos activos riesgosos en lugar de concentrar toda la inversión en uno sólo, en consecuencia la diversificación reduce la exposición al riesgo de un activo individual.
5. Compartir el riesgo.- Se refiere a distribuir parcialmente el riesgo y las posibles consecuencias, a efecto de segmentarlo y canalizarlo a diferentes unidades administrativas de la Institución, las cuales se responsabilizarán de la parte del riesgo que les corresponda en su ámbito de competencia.

b) Las acciones de control para administrar los riesgos se definirán a partir de las estrategias determinadas para los factores de riesgo, las cuales se incorporarán en el PTAR; y
c) Para los riesgos de corrupción que hayan identificado las Instituciones, éstas deberán contemplar solamente las estrategias de evitar y reducir el riesgo, toda vez que los riesgos de corrupción son inaceptables e intolerables, en tanto que lesionan la imagen, la credibilidad y la transparencia de las Instituciones.

Artículo 22. LOS RIESGOS DE CORRUPCIÓN
En la identificación de riesgos de corrupción se podrá aplicar la metodología general de administración de riesgos del presente Titulo, tomando en consideración para las etapas que se enlistan los siguientes aspectos:

1. **Comunicación y Consulta: p**ara la identificación de los riesgos de corrupción, las Instituciones deberán considerar los procesos financieros, presupuestales, de contratación, de información y documentación, investigación y sanción, así como los trámites y servicios internos y externos.
2. **Contexto:** para el caso de los riesgos de corrupción, las causas se establecerán a partir de la identificación de las **debilidades**, factores internos y las **amenazas**, factores externos que pueden influir en los procesos y procedimientos que generan una mayor vulnerabilidad frente a riesgos de corrupción.
3. **Evaluación de Riesgos Respecto a Controles:** Algunas de las herramientas técnicas que se podrán utilizar de manera complementaria en la identificación de los riesgos de corrupción son la Ley General de Responsabilidades Administrativas, y demás disposiciones en la materia.

Artículo 23. TOLERANCIA AL RIESGO.
La Administración deberá definir la tolerancia a los riesgos identificados para los objetivos estratégicos definidos por la Institución. En donde la tolerancia al riesgo se debe considerar como el nivel aceptable de diferencia entre el cumplimiento cabal del objetivo estratégico, respecto de su grado real de cumplimiento. Una vez definidos los niveles de tolerancia, los responsables de cada riesgo deben supervisar el comportamiento de los niveles de tolerancia, mediante indicadores que para tal efecto establezcan, reportando en todo momento al Titular de la Institución y Coordinador de Control Interno, en caso que se exceda el riesgo el nivel de tolerancia establecido.

No operará en ningún caso, la definición de niveles de tolerancia para los riesgos de corrupción y de actos contrarios a la integridad, así como para los que impliquen incumplimiento de cualquier disposición legal, reglamentaria o administrativa relacionada con el servicio público, o que causen la suspensión o deficiencia de dicho servicio, por parte de las áreas administrativas que integran la Institución.

Artículo 24. SERVICIOS TERCERIZADOS
La Administración conserva la responsabilidad sobre el desempeño de las actividades realizadas por los servicios tercerizados que contrate para realizar algunos procesos operativos para la Institución, tales como servicios de TICS, servicios de mantenimiento, servicios de seguridad o servicios de limpieza, entre otros; por lo que en cada área administrativa que involucre dichos servicios, solicitará al responsable del servicio, la identificación de riesgos y diseño de control respecto del trabajo que desempeña, con objeto de entender y analizar la implementación y operación de los controles, así como el modo en que el control interno de dichos terceros impacta en el control interno de la Institución.

La Administración debe determinar si los controles internos establecidos por los servicios tercerizados son apropiados para asegurar que la Institución alcance sus objetivos y responda a los riesgos asociados, o si se deben establecer controles complementarios en el control interno de la Institución.

CAPÍTULO II
Seguimiento de la Administración de Riesgos

Artículo 25. DEL PTAR

Para la implementación y seguimiento de las estrategias y acciones, se elaborará el PTAR, debidamente firmado por el Titular de la Institución, el Coordinador de Control Interno y el Enlace del SCII e incluirá:

I. Los riesgos;
II. Los factores de riesgo;
III. Las estrategias para administrar los riesgos; y
IV. Las acciones de control registradas en la Matriz de Administración de Riesgos, las cuales deberán identificar:

a) Unidad administrativa;
b) Responsable de su implementación;
c) Las fechas de inicio y término; y
d) Medios de verificación.

Artículo 26. REPORTE DE AVANCES CUATRIMESTRAL DEL PTAR

El seguimiento al cumplimiento de las acciones de control del PTAR deberá realizarse periódicamente por el Coordinador de Control Interno y el Enlace del SCII para informar cuatrimestralmente al Titular de la Institución el resultado, a través del Reporte de Avances Cuatrimestral del PTAR, el cual deberá contener al menos lo siguiente:

I. Resumen cuantitativo de las acciones de control comprometidas, indicando el total de las concluidas y el porcentaje de cumplimiento que representan, el total de las que se encuentran en proceso y el porcentaje de avance de cada una de ellas, así como las pendientes sin avance;
II. En su caso, la descripción de las principales problemáticas que obstaculizan el cumplimiento de las acciones de control reportadas en proceso y propuestas de solución para consideración del Comité u Órgano de Gobierno, según corresponda;
III. Conclusión general sobre el avance global en la atención de las acciones de control comprometidas y respecto a las concluidas su contribución como valor agregado para evitar que se materialicen los riesgos, indicando sus efectos en el Sistema de Control Interno y en el cumplimiento de metas y objetivos; y
IV. Firmas del Coordinador de Control Interno y del Enlace del SCII.

El Coordinador de Control Interno deberá presentar el Reporte de Avances Cuatrimestral del PTAR, al Titular del Órgano Fiscalizador, dentro de los 15 días hábiles posteriores al cierre de cada cuatrimestre para fines del informe de evaluación; así como al Comité u Órgano de Gobierno, a través del Sistema Informático, en la sesión ordinaria posterior al cierre de cada cuatrimestre. El primer reporte de avance cuatrimestral se presentará en la segunda sesión ordinaría anual.

Artículo 27. EVIDENCIA DOCUMENTAL DEL PTAR.

La evidencia documental y electrónica que acredite la implementación y avances reportados, será resguardada por los servidores públicos responsables de las acciones de control comprometidas en el PTAR institucional y deberá ponerse a disposición de los órganos fiscalizadores, a través del Enlace del SCII.

Artículo 28. INFORME DE VERIFICACIÓN DEL ÓRGANO INTERNO DE CONTROL AL REPORTE DE AVANCES CUATRIMESTRAL DEL PTAR.
El Titular del Órgano Interno de Control presentará en las sesiones ordinarias del Comité o del Órgano de Gobierno, según corresponda, su Informe de Verificación del Reporte de Avances Cuatrimestral del PTAR al Titular de la Institución, dentro de los 15 días hábiles posteriores a la recepción del reporte de avance cuatrimestral del PTAR; así como al Comité y, en su caso, al Órgano de Gobierno, a través del Sistema Informático, en las sesiones inmediatas posteriores al cierre de cada cuatrimestre.

Artículo 29. REPORTE ANUAL DE COMPORTAMIENTO DE LOS RIESGOS
Se realizará un Reporte Anual del comportamiento de los riesgos, con relación a los determinados en la Matriz de Administración de Riesgos del año inmediato anterior, y contendrá al menos lo siguiente:

I. Riesgos con cambios en la valoración final de probabilidad de ocurrencia y grado de impacto, los modificados en su conceptualización y los nuevos riesgos;
II. Comparativo del total de riesgos por cuadrante;
III. Variación del total de riesgos y por cuadrante; y
IV. Conclusiones sobre los resultados alcanzados en relación con los esperados, tanto cuantitativos como cualitativos de la administración de riesgos.

El Reporte Anual del comportamiento de los riesgos, deberá fortalecer el proceso de administración de riesgos y el Titular de la Institución lo informará al Comité o al Órgano de Gobierno, según corresponda, a través del Sistema Informático, en su primera sesión ordinaria de cada ejercicio fiscal.

TÍTULO CUARTO
COMITÉ DE CONTROL Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

CAPÍTULO I
De los Objetivos del Comité

Artículo 30. OBJETIVOS DEL COMITÉ

Los Titulares de las Instituciones instalarán y encabezarán el Comité de Control y Desempeño Institucional, el cual tendrá los siguientes objetivos:

I. Contribuir al cumplimiento oportuno de metas y objetivos institucionales con enfoque a resultados, así como a la mejora de los programas presupuestarios;
II. Contribuir a la administración de riesgos institucionales con el análisis y seguimiento de las estrategias y acciones de control determinadas en el PTAR, dando prioridad a los riesgos de atención inmediata y de corrupción;
III. Analizar las variaciones relevantes, principalmente las negativas, que se presenten en los resultados operativos, financieros, presupuestarios y administrativos y, cuando proceda, proponer acuerdos con medidas correctivas para subsanarlas, privilegiando el establecimiento y la atención de acuerdos para la prevención o mitigación de situaciones críticas;
IV. Identificar y analizar los riesgos y las acciones preventivas en la ejecución de los programas, presupuesto y procesos institucionales que puedan afectar el cumplimiento de metas y objetivos;
V. Impulsar el establecimiento y actualización del SCII, con el seguimiento permanente a la implementación de sus componentes, principios y elementos de control, así como a las acciones de mejora comprometidas en el PTCI y acciones de control del PTAR;

VI. Impulsar la aplicación de medidas preventivas para evitar materialización de riesgos y la recurrencia de observaciones de órganos fiscalizadores, atendiendo la causa raíz de las mismas;
VII. Revisar el cumplimiento de programas de la Institución; y
VIII. Agregar valor a la gestión institucional, contribuyendo a la atención y solución de temas relevantes, con la aprobación de acuerdos que se traduzcan en compromisos de solución a los asuntos que se presenten. Cuando se trate de entidades, adoptar acuerdos que sirvan de apoyo al Órgano de Gobierno para la toma de decisiones o su equivalente en los órganos administrativos desconcentrados.

CAPÍTULO II
De la Integración del Comité

Artículo 31. INTEGRACIÓN DEL COMITÉ
Todas las Instituciones constituirán un Comité, que será encabezado por su Titular y el Titular del Órgano Interno de Control, el cual se integrará con los siguientes miembros propietarios que tendrán voz y voto:

I. **El Presidente**: El Titular del sujeto obligado, quien participará en las sesiones del comité con derecho a voz y voto, y en caso de empate contará con voto de calidad;
II. **El Vocal Ejecutivo**: Titular del OIC. En caso de no contar con éste, la Secretaría hará la designación; quien participará en las sesiones del Comité con derecho a voz y voto;
III. **Coordinador de Control Interno;**
IV. **Enlace del SCII; y**
V. **Vocales**: Quienes participarán en las sesiones de Comité con derecho a voz y voto.

a) En las dependencias:

i) El encargado del área administrativa;
ii) El Titular de cada uno de los órganos administrativos desconcentrados.

b) En las entidades paraestatales y otros organismos públicos:

i) Un representante de la coordinadora del sector.
ii) El encargado del área administrativa.

Los representantes de la coordinadora del sector en las entidades, otros organismos y de las dependencias a las que están adscritos los órganos desconcentrados, no deberán tener un nivel jerárquico inferior al de director.

Se incorporará al Comité como invitados los siguientes, con voz pero sin voto:
VI. **Invitados especiales**: el comisario de la entidad correspondiente; o un representante de la DPE, serán convocados invariablemente a las sesiones, mismos que determinarán de acuerdo a la naturaleza de los asuntos a tratar contenidos en el Orden del Día, los casos en que estime necesaria su asistencia, lo cual se hará del conocimiento del vocal ejecutivo, previo al inicio de la sesión; y
VII. **Otros Invitados**:

a) Responsables temáticos, de conformidad con el asunto a tratar en la sesión;
b) Los servidores públicos, internos o externos al sujeto obligado, que por las funciones que realizan, están relacionados con los asuntos a tratar en la sesión respectiva para apoyar en su atención y solución, mismos que permanecerán en la sesión en tanto sean tratados los temas de su competencia;

c) Personas externas al Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro, expertas en asuntos relativos al objeto del sujeto obligado, cuando el caso lo amerite, a propuesta de los miembros del Comité con autorización del presidente; y
d) En su caso, los asesores y el auditor externo, cuando se requiera tratar asuntos derivados de sus actividades, tales como la detección y atención de observaciones relevantes al Sistema de Control Interno.

Artículo 32. LOS SUPLENTES.

Los miembros propietarios podrán nombrar a su respectivo suplente de nivel jerárquico inmediato inferior, quienes intervendrán en las ausencias de aquellos. Por excepción, las suplencias de los Vocales se podrán realizar hasta el nivel jerárquico inmediato inferior.
Por excepción y previa justificación, las suplencias de los Vocales podrán realizarse como a continuación se indica:

I. El Vocal Ejecutivo por la persona que designe; y
II. Los Vocales, hasta el nivel de jefe de departamento, con excepción del Coordinador de Control Interno y el Enlace del SCII los cuales no podrán nombrar suplentes.

Para fungir como suplentes, los servidores públicos deberán contar con acreditación por escrito del miembro propietario dirigida al Vocal Ejecutivo, de la que se dejará constancia en el acta y en la carpeta electrónica correspondiente. Los suplentes asumirán en las sesiones a las que asistan las funciones que corresponden a los propietarios.

CAPÍTULO III
Atribuciones del Comité y Funciones de los Miembros

Artículo 33. ATRIBUCIONES DEL COMITÉ.

El Comité tendrá las atribuciones siguientes:

I. Aprobar el Orden del Día;
II. Aprobar acuerdos para fortalecer el SCII, particularmente con respecto a:

a) El Informe Anual;
b) El cumplimiento en tiempo y forma de las acciones de mejora del PTCI, así como su Reporte de Avance Cuatrimestral, su reprogramación o replanteamiento;
c) Las recomendaciones contenidas en el Informe de Verificación del Titular del Órgano Interno de Control derivado de la evaluación del Informe Anual y de los Reportes de Avance Cuatrimestrales; y
d) Atención en tiempo y forma de las recomendaciones y observaciones de instancias de fiscalización y vigilancia.

III. Aprobar acuerdos y, en su caso, formular recomendaciones para fortalecer la administración de riesgos, derivados de:

a) La revisión del PTAR, con base en la Matriz de Administración de Riesgos y el Mapa de Riesgos, así como de las actualizaciones;
b) El reporte de avances cuatrimestral del PTAR;
c) El análisis del resultado anual del comportamiento de los riesgos, y
d) La recurrencia de las observaciones derivadas de las auditorías o revisiones practicadas por el Órgano Interno de Control o por otras instancias externas de fiscalización; y
e) Las recomendaciones contenidas en el informe de verificación del Titular del OIC derivado de la evaluación del Informe Anual y de los reportes de avance cuatrimestrales.

IV. Dar seguimiento a los acuerdos y recomendaciones aprobados e impulsar su cumplimiento en tiempo y forma;
V. Aprobar el calendario de sesiones ordinarias;
VI. Ratificar las actas de las sesiones; y
VII. Las demás necesarias para el logro de los objetivos del Comité.

Artículo 34. FUNCIONES DE LOS MIEMBROS PROPIETARIOS

Corresponderá a cualquiera de los miembros propietarios del Comité:

I. Proponer asuntos específicos a tratar en el orden del día del Comité;
II. Vigilar, en el ámbito de su competencia, el cumplimiento en tiempo y forma de los acuerdos del Comité;
III. Proponer la celebración de sesiones extraordinarias, cuando sea necesario por la importancia, urgencia y atención de asuntos específicos que sea atribución del Comité;
IV. Proponer la participación de invitados externos a la APE;
V. Proponer áreas de oportunidad para mejorar el funcionamiento del Comité;
VI. Analizar la carpeta electrónica de la sesión, emitir comentarios respecto a la misma y proponer acuerdos; y
VII. Presentar riesgos de atención inmediata y de corrupción no reflejados en la Matriz de Administración Riesgos Institucional, a través de la Cédula de problemáticas o situaciones críticas, para su oportuna atención.

Artículo 35. FUNCIONES DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ.

El Presidente del Comité tendrá las funciones siguientes:

I. Determinar conjuntamente con el Coordinador de Control Interno y el Vocal Ejecutivo, los asuntos del orden del día a tratar en las sesiones, considerando las propuestas de los Vocales y, cuando corresponda, la participación de los responsables de las áreas competentes de la Institución;
II. Declarar el quórum legal y presidir las sesiones;
III. Poner a consideración de los miembros del Comité el orden del día y las propuestas de acuerdos para su aprobación;
IV. Autorizar la celebración de sesiones extraordinarias y la participación de invitados externos ajenos a la APE;
V. Presentar los acuerdos relevantes que el Comité determine e informar de su seguimiento hasta su conclusión, al Órgano de Gobierno de las entidades, cuando corresponda, en su siguiente sesión ordinaria a la celebración del Comité; y
VI. Fomentar la actualización de conocimientos y capacidades de los miembros propietarios en temas de competencia del Comité, así como en materia de control interno y administración de riesgos.

Artículo 36. FUNCIONES DEL VOCAL EJECUTIVO

El Vocal Ejecutivo del Comité tendrá las funciones siguientes:

I. Previo al inicio de la sesión, solicitar y revisar las acreditaciones de los miembros e invitados y verificar el quórum legal;
II. Proponer el calendario anual de sesiones ordinarias del Comité;
III. Presentar por sí, o en coordinación con la Institución, riesgos de atención inmediata y de corrupción no reflejados en la Matriz de Administración de riesgos; y
IV. Elaborar las actas de las sesiones, y recabar las firmas del acta de la sesión del Comité, así como llevar su control y resguardo.

Artículo 37. FUNCIONES DE LOS INVITADOS ESPECIALES

I. Verificar y analizar la carpeta electrónica de la sesión, emitir opiniones y proponer acuerdos;
II. Opinar, en caso de ser cuestionado, sobre el desempeño general del sujeto obligado, así como sobre del logro de los objetivos de los proyectos encomendados y, en su caso, formular las recomendaciones correspondientes;
III. Promover la atención de los acuerdos, ante el Órgano de Gobierno de las entidades;
IV. Proponer al Comité la integración de grupos auxiliares de trabajo, para el análisis detallado de asuntos que así lo ameriten, siempre y cuando no dupliquen las funciones de los ya existentes; y
V. Comunicar al Presidente y Vocal Ejecutivo las áreas de oportunidad para mejorar el funcionamiento del Comité.

Artículo 38. FUNCIONES DEL COORDINADOR

I. Convocar a las sesiones del Comité, anexando la propuesta de orden del día y la documentación soporte necesaria para su análisis por los miembros;
II. Validar que la información institucional fue integrada y capturada en la carpeta electrónica por el Enlace del SCII para su consulta por los convocados, con siete días hábiles de anticipación a la fecha de convocatoria de la sesión; y
III. Dar seguimiento y verificar que el cumplimiento de los acuerdos se realice en tiempo y forma por los responsables.

CAPÍTULO IV
Políticas de Operación
Sección I.
De las sesiones.

Artículo 39. TIPO DE SESIONES Y PERIODICIDAD

El Comité celebrará tres sesiones al año de manera ordinaria y en forma extraordinaria las veces que sea necesario, dependiendo de la importancia, urgencia o falta de atención de asuntos específicos relativos al desempeño institucional, debiendo celebrarse preferentemente al inicio de la jornada laboral, con objeto de no interrumpir la continuidad de las labores.
Las sesiones ordinarias deberán celebrarse dentro del cuatrimestre posterior al que se reporta, procurando se lleven a cabo durante el mes inmediato posterior a la conclusión de cada cuatrimestre del ejercicio, a fin de permitir que la información relevante sea oportuna para la toma de decisiones; en el caso de los órganos administrativos desconcentrados y de las entidades, deberán celebrarse en fecha previa a las sesiones ordinarias del Órgano de Gobierno.

Artículo 40. LAS CONVOCATORIAS

La convocatoria y la propuesta del orden del día, deberá ser enviada por el Coordinador de Control Interno a los miembros e invitados, con siete días hábiles de anticipación para sesiones ordinarias y de tres días hábiles, respecto de las extraordinarias; indicando el lugar, fecha y hora de celebración de la sesión, así como la disponibilidad en el Sistema informático.
Las convocatorias deberán ser entregadas de forma oficial, confirmando su recepción mediante acuse de recibo.

Artículo 41. CALENDARIO DE SESIONES

El calendario de sesiones ordinarias para el siguiente ejercicio fiscal se aprobará en la última sesión ordinaria del año inmediato anterior, en caso de modificación, el Vocal Ejecutivo previa

autorización del Presidente, informará a los miembros e invitados la nueva fecha, debiendo cerciorarse de su recepción.
Los órganos administrativos las entidades deberán programar sus sesiones, cuando menos con 15 días de anticipación a la celebración de las correspondientes a su Órgano de Gobierno.

Artículo 42. DESARROLLO DE LAS SESIONES Y REGISTRO DE ASISTENCIA
Las sesiones se llevarán a cabo de manera presencial para analizar, plantear y discutir los asuntos de la sesión y sus alternativas de solución. En cada reunión se registrará la asistencia de los participantes, recabando las firmas correspondientes.

Artículo 43. QUÓRUM LEGAL
El quórum legal del Comité, se integrará con la asistencia del Presidente, el Vocal Ejecutivo, Coordinador de Control Interno, Enlace del SCII y al menos un Vocal. Cuando no se reúna el quórum legal requerido, el Vocal Ejecutivo levantará constancia del hecho y a más tardar el siguiente día hábil, convocará a los miembros para realizar la sesión dentro de los 3 días hábiles siguientes a la fecha en que originalmente debió celebrarse

Sección II.
De la Orden del Día

Artículo 44. ORDEN DEL DÍA
En el Comité se analizarán los temas, programas o procesos que presenten retrasos en relación con lo programado al cuatrimestre que se informa a efecto de determinar los acuerdos que consignen acciones, fechas y responsables de tomar decisiones para resolver las problemáticas y situaciones críticas para abatir el rezago informado, lo que conlleve a cumplir con las metas y objetivos de la Institución, en particular sobre los aspectos relevantes vinculados con el desempeño institucional y lo relativo al cumplimiento de las principales acciones de mejora y de control comprometidas en los Programas de Trabajo de Control Interno y de administración de riesgos.

La Orden del Día se integrará conforme a lo siguiente:

I. Declaración de quórum legal e inicio de la sesión;
II. Aprobación de la orden del día;
III. Ratificación del acta de la sesión anterior;
IV. Seguimiento de acuerdos.- Verificar que se haya efectuado el cumplimiento de los acuerdos adoptados, conforme a los términos y plazos establecidos; en caso contrario y sólo con la debida justificación, el Comité podrá fijar por única vez una nueva fecha compromiso, la cual de no cumplirse el Vocal Ejecutivo y Titular del Órgano Fiscalizador determinará las acciones conducentes en el ámbito de sus atribuciones;
V. PTCI, así como su reporte de avance cuatrimestral y el Informe de Verificación del Vocal Ejecutivo;
VI. PTAR, así como su Reporte de Avance Cuatrimestral y el Informe de Verificación del Vocal Ejecutivo;
VII. Asuntos Generales; y
VIII. Revisión y ratificación de los acuerdos adoptados en la reunión.

A petición expresa, antes o durante la sesión del Comité, cualquiera de sus miembros o invitados, podrán solicitar se incorporen a la Orden del Día asuntos trascendentales para el desarrollo institucional.

Sección III.
De los Acuerdos

Artículo 45. REQUISITOS DE LOS ACUERDOS.
Las propuestas de acuerdos para opinión y voto de los miembros deberán contemplar, como mínimo, los siguientes requisitos:

I. Establecer una acción concreta y dentro de la competencia de la Institución. Cuando la solución de la problemática de un acuerdo dependa de terceros ajenos a la

Institución, las acciones se orientarán a la presentación de estudios o al planteamiento de alternativas ante las instancias correspondientes, sin perjuicio de que se efectúe su seguimiento hasta su total atención;

II. Precisar a los responsables de su atención;

III. Fecha perentoria para su cumplimiento, la cual no podrá ser mayor a seis meses, posteriores a la fecha de celebración de la sesión en que se apruebe a menos que por la complejidad del asunto se requiera de un plazo mayor, lo cual se justificará ante el Comité; y

IV. Determinar el impacto negativo de no cumplir el acuerdo en tiempo y forma, respecto de aspectos y programas sustantivos de la Institución.

Los acuerdos se tomarán por mayoría de votos de los miembros asistentes, en caso de empate el Presidente del Comité contará con voto de calidad. Al final de la sesión, el Vocal Ejecutivo dará lectura a los acuerdos aprobados, a fin de ratificarlos.

El Vocal Ejecutivo remitirá los acuerdos a los responsables de su atención, a más tardar 5 días hábiles posteriores a la fecha de la celebración de la sesión, solicitando su cumplimiento oportuno, lo anterior de forma previa a la firma del acta de la sesión correspondiente

Para los acuerdos que no fueron atendidos en la fecha establecida inicialmente, previa justificación ante el Comité y por única vez, éste podrá aprobar una nueva fecha que preferentemente, no exceda de 30 días hábiles contados a partir del día siguiente al de la sesión.

Sección IV.
De las Actas.

Artículo 46. REQUISITOS Y ELABORACIÓN DEL ACTA

Por cada sesión del Comité se levantará un acta que contendrá al menos lo siguiente:

I. Nombres y cargos de los asistentes;

II. Asuntos tratados y síntesis de su deliberación;

III. Acuerdos aprobados, y

IV. Firma autógrafa de los miembros que asistan a la sesión.

Una vez firmada el acta por todos los miembros del Comité, el Vocal Ejecutivo remitirá a la DPE un tanto original del Acta.

Sección V.
Del Sistema Informático.

Artículo 47. CARPETA ELECTRÓNICA DE LAS SESIONES

La carpeta electrónica deberá estar integrada y capturada en el Sistema Informático, la cual contendrá toda la información relevante con respecto al avance en la implementación del Modelo Estándar de Control Interno, mima que deberá estar actualizada de forma constante, así mismo contendrá la información que le periodo cuatrimestral de los asuntos a tratar en las sesiones del COCODI.

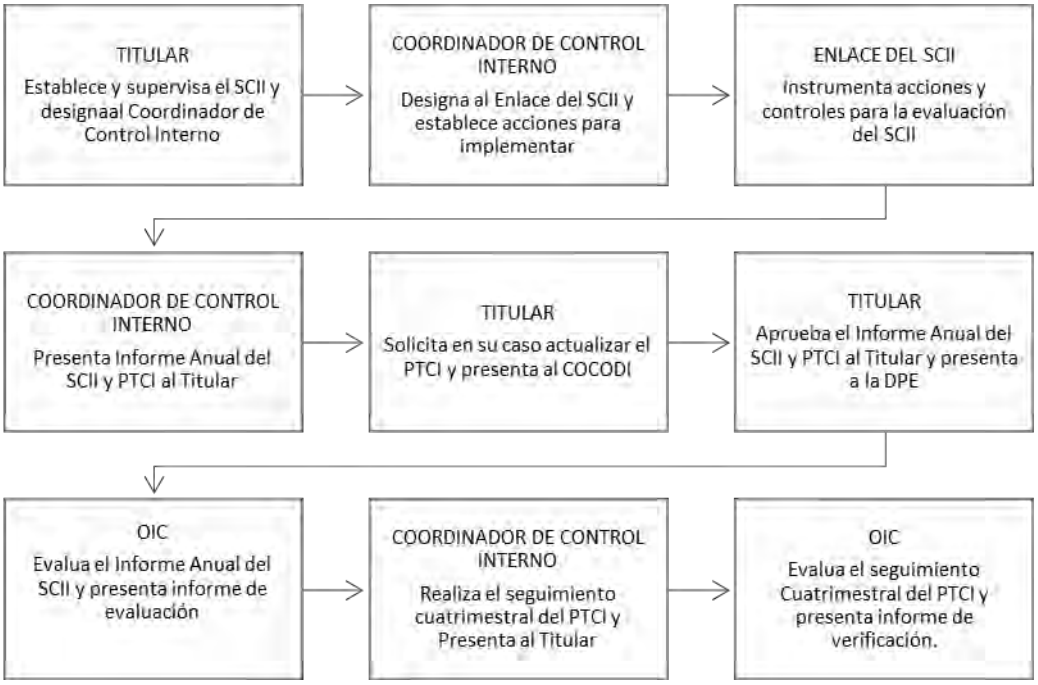
Artículo 48. SISTEMA INFORMATIVO

Los enlaces están obligados a subir la información en la plataforma que al efecto implemente la SECON, de acuerdo con los avances y seguimientos que se realicen sobre los distintos documentos de trabajo de Control Interno.

Los Órganos Internos de Control, deberán subir la información que corresponda a las obligaciones que se indican en las presentes disposiciones.

SEGUNDO.-Se emite el siguiente Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno:

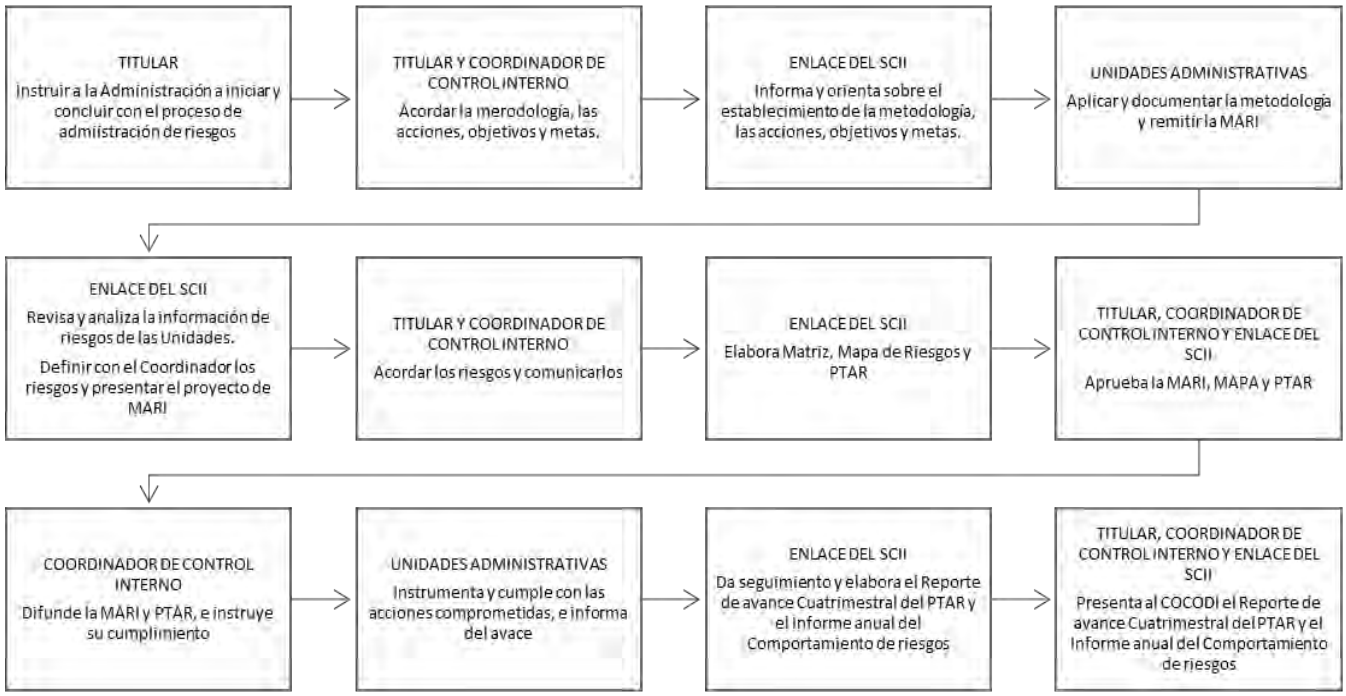
PROCESO DEL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO



Responsable	Actividad	Método, herramienta
Titular de la Institución	Designa por escrito al Coordinador de Control Interno.	Oficio de designación
Coordinador de Control Interno	Recibe oficio de designación. Designa por escrito al Enlace del SCII. Acuerda con el Titular de la Institución las acciones para la implementación y operación del SCII, en términos de las Disposiciones, y solicita al Enlace del SCII la aplicación de la evaluación del SCII.	Oficio de designación / Reunión de Trabajo / Correo electrónico institucional
Enlace del SCII	Recibe oficio de designación. Inicia el proceso de Evaluación, solicitando a los responsables de las unidades administrativas la realicen en sus procesos prioritarios.	Oficio de designación / Correo electrónico institucional / Evaluación del SCII
Responsables de las Unidades Administrativas / Procesos	Reciben requerimiento para realizar la evaluación del SCII por procesos prioritarios, aplican evaluación, revisan propuestas de acciones de mejora y envían resultados al Enlace del SCII.	Evaluación por procesos prioritarios
Enlace del SCII	Recibe evaluaciones y consolida por procesos prioritarios la información de dichas evaluaciones.	Evaluación consolidada de los procesos prioritarios
Enlace del SCII	Elabora proyecto del Informe Anual y PTCI y envía al Coordinador de Control Interno para revisión.	Proyecto de Informe Anual y PTCI
Coordinador de Control Interno y Enlace del SCII	Recibe proyecto de Informe Anual y PTCI, revisa con el Enlace del SCII y acuerda con el Titular de la Institución.	Propuesta de Informe Anual y PTCI
Titular de la Institución y	Analizan y seleccionan áreas de oportunidad detectadas y acuerdan acciones de mejora a	Propuesta de Informe Anual y PTCI

Responsable	Actividad	Método, herramienta
Coordinador de Control Interno	comprometer en el PTCI.	
Titular de la Institución	Aprueba el Informe Anual y PTCI.	Informe Anual y PTCI
Titular de la Institución	Presenta al Titular del OIC, al Comité y, en su caso, al Órgano de Gobierno, con copia a la DPE, el Informe Anual y PTCI.	Informe Anual, y PTCI
Enlace del SCII	Incorpora en el Sistema Informático el Informe Anual y PTCI.	Sistema Informático
DPE	Conoce el Informe Anual y PTCI, y realiza su evaluación.	Informe Anual, y PTCI e Informe de Resultados
Coordinador de Control Interno y Enlace del SCII	Realiza el seguimiento e informa cuatrimestralmente al Titular de la Institución por medio del Reporte de Avances Cuatrimestral del PTCI para su aprobación.	Reporte de Avances Cuatrimestral del PTCI
Titular de la Institución	Revisa y aprueba el Reporte de Avances Cuatrimestral del PTCI.	Reporte de Avances Cuatrimestral del PTCI
Coordinador de Control Interno	Recibe y firma el Reporte de Avances Cuatrimestral del PTCI y lo presenta al Titular del Órgano Fiscalizador, al Comité y, en su caso, al Órgano de Gobierno.	Reporte de Avances Cuatrimestral del PTCI
OIC	Recibe Reporte de Avances Cuatrimestral del PTCI, y resultados de las acciones comprometidas y efectúa su evaluación.	Informe de Verificación al Reporte de Avances Cuatrimestral
OIC	Emite el Informe de Verificación al Reporte de Avances Cuatrimestral y lo presenta al Titular de la Institución, al Coordinador de Control Interno y al Comité y, en su caso, al Órgano de Gobierno.	Informe de Evaluación
Comité	Recibe Informe de Resultados, Reporte de Avances Cuatrimestral del PTCI e Informe de Evaluación.	Informe de Resultados / Reporte de Avances Cuatrimestral / Informe de Evaluación

PROCESO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS



Responsable	Actividad	Método, Herramienta
Titular de la Institución	Instruye a las Unidades Administrativas, al Coordinador de Control Interno y al Enlace del SCII iniciar el proceso de administración de riesgos.	Oficio/ Correo electrónico
Coordinador de Control Interno	Acuerda con el Titular de la Institución la metodología de administración de riesgos, las acciones para su aplicación y los objetivos y metas institucionales a los que se alinea el proceso y riesgos, y los comunica a las Unidades Administrativas por conducto del Enlace del SCII.	Oficio de formalización/ Correo electrónico
Enlace del SCII	Informa y orienta a las Unidades Administrativas sobre el establecimiento de la metodología de administración de riesgos, las acciones para su aplicación, y los objetivos y metas institucionales, para que documenten su propuesta de riesgos en la Matriz de Administración de Riesgos.	Oficio/ Correo electrónico/ Reunión Formato de Matriz de Administración de Riesgos
Unidades Administrativas	Documenta las propuestas de riesgos en la Matriz de Administración de Riesgos, en función de las etapas mínimas establecidas.	Proyecto de Matriz de Administración de Riesgos
Enlace del SCII	Revisa y analiza la información proporcionada por las	Proyectos de Mapa y Matriz

Responsable	Actividad	Método, Herramienta
	Unidades Administrativas en forma integral, define con el Coordinador de Control Interno la propuesta de riesgos institucionales, elabora y presenta al mismo los proyectos de Matriz de Administración de Riesgos y Mapa de Riesgos Institucionales.	de Administración de Riesgos
Coordinador de Control Interno	Revisa los proyectos de Matriz de Administración de Riesgos y Mapa de Riesgos Institucionales.	Proyectos de Mapa y Matriz de Administración de Riesgos
Coordinador de Control Interno	Acuerda con el Titular de la Institución los riesgos institucionales y los comunica a las Unidades Administrativas por conducto del Enlace del SCII.	Proyectos de Mapa y Matriz de Administración de Riesgos
Enlace del SCII	Elabora y presenta al Coordinador de Control Interno el proyecto del PTAR institucional.	Proyecto del PTAR
Coordinador de Control Interno	Revisa el proyecto del PTAR institucional, conjuntamente con el Enlace del SCII.	Proyecto del PTAR
Coordinador de Control Interno	Presenta anualmente para autorización del Titular de la Institución la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de Riesgos y el PTAR, y firma de forma conjunta con el Enlace del SCII.	Matriz de Administración de Riesgos, Mapa de Riesgos y PTAR
Coordinador de Control Interno	Difunde la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de Riesgos y el PTAR, e instruye la implementación del PTAR a los responsables de las acciones de control comprometidas y al Enlace del SCII.	Matriz de Administración de Riesgos, Mapa de Riesgos y PTAR
Unidades Administrativas	Instrumentan y cumplen las acciones de control del PTAR, e informan avances cuatrimestrales y resguardan la evidencia documental.	Mapa y Matriz de Administración de Riesgos, PTAR, Reporte de Avances Cuatrimestral del PTAR y Evidencia documental
Enlace del SCII	Realiza conjuntamente con el Coordinador de Control Interno el seguimiento permanente al PTAR, elabora y presenta al Coordinador de Control Interno el proyecto del Reporte de Avances Cuatrimestral del PTAR con la información proporcionada por las Unidades Administrativas y el Reporte Anual de Comportamiento de Riesgos.	Proyecto del Reporte de Avances Cuatrimestral del PTAR y del Reporte Anual de Comportamiento de Riesgos
Coordinador de Control Interno	Revisa el proyecto del Reporte de Avances Cuatrimestral del PTAR y del Reporte Anual de Comportamiento de Riesgos, los firma conjuntamente con el Enlace del SCII y los presenta para autorización y firma del Titular de la Institución.	Reporte de Avances Cuatrimestral del PTAR Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos
Enlace del SCII	Incorpora en el Sistema Informático Mapa y Matriz de Administración de Riesgos, PTAR, Reporte de Avances Cuatrimestral del PTAR y Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos; resguardando los documentos firmados y sus respectivas actualizaciones.	Mapa y Matriz de Administración de Riesgos, PTAR, Reporte de Avances Cuatrimestral del PTAR y Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos

Responsable	Actividad	Método, Herramienta
Coordinador de Control Interno	Presenta en la primera sesión del Comité o del Órgano de Gobierno, según corresponda, el Mapa y Matriz de Administración de Riesgos, PTAR y el Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos, y sus actualizaciones en las sesiones subsecuentes; y el Reporte de Avances Cuatrimestral del PTAR, en las sesiones del Comité, según corresponda.	Mapa y Matriz de Administración de Riesgos y PTAR. Reporte de Avances Cuatrimestral del PTAR y Reporte Anual de Comportamiento de los Riesgos
Coordinador de Control Interno	Comunica al Enlace de Administración de Riesgos los riesgos adicionales o cualquier actualización a la Matriz de Administración de Riesgos, el Mapa de Riesgos y el PTAR determinados por los servidores públicos, el Comité u Órgano de Gobierno, según corresponda.	Oficio/ Correo electrónico Mapa y Matriz de Administración de Riesgos y PTAR actualizados
Enlace del SCII	Agrega a la Matriz de Administración de Riesgos, al Mapa de Riesgos y al PTAR, los riesgos adicionales o alguna actualización, identificada por servidores públicos, el Comité u Órgano de Gobierno, según corresponda.	Mapa y Matriz de Administración de Riesgos y PTAR

PROCESO DEL COMITÉ DE CONTROL Y DESEMPEÑO INSTITUCIONAL COCODI

Responsable	Actividad	Método, Herramienta
Presidente del Comité, Coordinador de Control Interno y Vocal Ejecutivo	Determinan los asuntos a tratar en la sesión del Comité que corresponda, a partir de lo establecido en la Orden del Día.	Orden del Día
Coordinador de Control Interno	Solicita al Enlace del SCII la integración de la información soporte de los asuntos a tratar en la sesión del Comité.	Orden del Día

Responsable	Actividad	Método, Herramienta
Enlace del SCII	Solicita a las unidades administrativas responsables, la información para integrar la carpeta electrónica.	Oficio/Correo electrónico Información
Coordinador de Control Interno	Revisa y valida la información remitida por las áreas, 10 días hábiles previos a la sesión e instruye al Enlace del SCII la conformación de la carpeta electrónica en el Sistema Informático.	Oficio/Correo electrónico
Enlace del SCII	Integra y captura la información en la carpeta electrónica del Sistema Informático con siete días hábiles de anticipación a la celebración de la sesión del Comité.	Sistema Informático.
Coordinador de Control Interno	Valida y verifica en el Sistema Informático la integración de la información en la carpeta electrónica y notifica con siete días de anticipación a la fecha de la convocatoria de la sesión a los miembros e invitados del Comité.	Carpeta electrónica Convocatoria (Oficio/Correo electrónico)
Miembros del Comité e invitados	Analizan la carpeta electrónica, presentar riesgos de atención inmediata y de corrupción a través de la cédula de problemáticas o situaciones críticas, proponer acuerdos sobre los temas a tratar en la sesión, y aprueban acuerdos en sesión ordinaria y extraordinaria.	Sistema Informático.
Miembros del Comité e invitados	Participan en la sesión para el desahogo de los asuntos específicos de la Orden del Día, proponen y aprueban acuerdos, y las demás necesarias para el logro de los objetivos del Comité.	Reunión presencial
Vocal Ejecutivo	Elabora y Formaliza el Acta de la sesión recabando las firmas de los Miembros del Comité, envía copia original a la DPE, e incorpora al sistema informático	Acta firmada de la sesión.

La interpretación para efectos administrativos del presente Acuerdo, así como la resolución de los casos no previstos en el mismo, corresponderá a la SECON, por conducto de la DPE.

CUARTO.- Los OIC de las dependencias, entidades de la APE, vigilarán el cumplimiento de lo dispuesto en el presente Acuerdo y otorgarán la que corresponda a los Titulares y demás servidores públicos de las Instituciones para mantener un SCII en operación, actualizado y en un proceso de mejora continua.

TRANSITORIOS

PRIMERO.- El presente Acuerdo entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Querétaro "La Sombra de Arteaga**".**

SEGUNDO.- Se abrogan las **Normas de Control Interno del Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro** y la **Guía para la Aplicación de las Normas de Control Interno del Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro**, publicadas en el Periódico Oficial del Gobierno del Estado de Querétaro, "La Sombra de Arteaga" el día 28 de noviembre de 2014 y 27 de febrero de 2015 respectivamente.

TERCERO.- Los acuerdos del Comité de Control y Desempeño Institucional que a la fecha de entrada en vigor de este ordenamiento se encuentren pendientes, se les dará seguimiento con las disposiciones que se encontraban vigentes en la fecha de los mismos.

CUARTO. El cumplimiento a lo establecido en el presente Acuerdo se realizará con los recursos humanos, materiales y presupuestarios que tengan asignados las dependencias y entidades de la APE, por lo que no implicará la creación de estructuras ni la asignación de recursos adicionales.

En la ciudad de Santiago de Querétaro, Qro., a los 21 días del mes de noviembre del año 2017.

Alfonso Chávez Fierro
Secretario de la Contraloría del Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro
Rúbrica

ANEXO I

Marco Integrado de Control Interno

Índice

1. PRESENTACIÓN DE LA PROPUESTA DEL MARCO INTEGRADO DE CONTROL INTERNO PARA EL SECTOR PÚBLICO 4

2. DEFINICIONES 5

3. MARCO INTEGRADO DE CONTROL INTERNO PARA EL SECTOR PÚBLICO 8
- SECCIÓN 1 – CONCEPTOS FUNDAMENTALES DE CONTROL INTERNO 8
  - Definición de Control Interno 8
  - Características del Control Interno 8
- SECCIÓN 2 – ESTABLECIMIENTO DEL CONTROL INTERNO 9
  - Presentación del Marco Integrado de Control Interno para el Sector Público 9
  - Componentes, Principios y Puntos de Interés del Control Interno 10
  - El Control Interno y la Institución 13
  - Responsabilidades y Funciones en el Control Interno 14
  - Objetivos de la Institución 15
- SECCIÓN 3 – EVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO 17
  - Elementos de un Control Interno Apropiado 17
  - Aspectos de la Evaluación del Control Interno 17
- SECCIÓN 4 – CONSIDERACIONES ADICIONALES 18
  - Servicios Tercerizados 18
  - Instituciones Grandes o Pequeñas 19
  - Costos y Beneficios del Control Interno 19
  - Documentación del Control Interno 20
  - Aplicación en las Instituciones 20

4. COMPONENTES DEL CONTROL INTERNO 21
- AMBIENTE DE CONTROL 21
  - Principio 1 – Mostrar Actitud de Respaldo y Compromiso 21
  - Principio 2 – Ejercer la Responsabilidad de Vigilancia 23
  - Principio 3 – Establecer la Estructura, Responsabilidad y Autoridad 25
  - Principio 4 - Demostrar Compromiso con la Competencia Profesional 27
  - Principio 5 – Establecer la Estructura para el Reforzamiento de la Rendición de Cuentas 28
- ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS 30
  - Principio 6 – Definir Objetivos y Tolerancias al Riesgo 30
  - Principio 7 – Identificar, Analizar y Responder a los Riesgos 32
  - Principio 8 – Considerar el Riesgo de Corrupción 33
  - Principio 9 – Identificar, Analizar y Responder al Cambio 35
- ACTIVIDADES DE CONTROL 36
  - Principio 10 – Diseñar Actividades de Control 36
  - Principio 11 – Diseñar Actividades para los Sistemas de Información 40
  - Principio 12 – Implementar Actividades de Control 43
- INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN 44
  - Principio 13 – Usar Información de Calidad 44
  - Principio 14 – Comunicar Internamente 45
  - Principio 15 – Comunicar Externamente 46
- SUPERVISIÓN 47
  - Principio 16 - Realizar Actividades de Supervisión 48
  - Principio 17 – Evaluar los Problemas y Corregir las Deficiencias 49

Presentación del Marco Integrado de Control Interno para el Sector Público

El desarrollo nacional es el eje rector de las políticas públicas en nuestro país, en donde la producción de bienes y la prestación de servicios públicos por parte del aparato de gobierno busca generar condiciones de bienestar social.

Tal función gubernamental recae sobre los Titulares y el resto del personal de las instituciones del sector público, cuya tarea ineludible consiste, entre otras cosas, en ejecutar una adecuada programación, seguimiento y control de los recursos que impulsen el cumplimiento del mandato, la misión, visión y sus objetivos; promuevan la rendición de cuentas, la transparencia y el combate a la corrupción, y garanticen el mejoramiento continuo del quehacer gubernamental.

En este sentido, la implementación de un Sistema de Control Interno efectivo representa una herramienta fundamental que aporta elementos que, promueven la consecución de los objetivos institucionales; minimizan los riesgos; reducen la probabilidad de ocurrencia de actos de corrupción y fraudes, y consideran la integración de las tecnologías de información a los procesos institucionales; asimismo respaldan la integridad y el comportamiento ético de los servidores públicos, y consolidan los procesos de rendición de cuentas y de transparencia gubernamentales.

Actualmente, en nuestro país se han desarrollado diversos esfuerzos en materia de control interno gubernamental:

- La Secretaría de la Función Pública (SFP) publicó y actualizó, desde 2010 a la fecha, el "ACUERDO por el que se emiten las Disposiciones en Materia de Control Interno y se expide el Manual Administrativo de Aplicación General en Materia de Control Interno" (el Acuerdo de Control Interno), que tiene por objeto implementar y mejorar las disposiciones jurídicas reguladoras en materia de control interno para la Administración Pública Federal (APF). Asimismo, en un trabajo conjunto entre las instancias estatales correspondientes y la SFP, en 21 entidades federativas y el Distrito Federal, se publicaron diversos ordenamientos en materia de control interno, mismas que retoman, en su mayoría, la estructura y conceptos del Acuerdo de Control Interno.

- La Auditoría Superior de la Federación (ASF), para fortalecer las capacidades en la materia, llevó a cabo el "Estudio de la Situación que Guarda el Sistema de Control Interno Institucional en el Sector Público Federal" y el "Estudio Técnico para la Promoción de la Cultura de Integridad en el Sector Público", así como los trabajos de análisis sobre los contenidos del Acuerdo de Control Interno y de los distintos ordenamientos emitidos a este respecto por el Distrito Federal y los 21 estados que cuentan con tal instrumento.

- El Sistema Nacional de Fiscalización (SNF), integrado por la SFP, las Entidades de Fiscalización Superior Locales, las Contralorías Estatales del país y la ASF, considera como uno de sus objetivos impulsar adecuaciones a las disposiciones jurídicas tendentes a fortalecer la aplicación de los recursos presupuestales y de los fondos federales, así como cambios estructurales en el ámbito jurídico que permitan incorporar mejores prácticas en la gestión gubernamental, para lo cual se crearon grupos de trabajo, entre los que se cuenta el Grupo de Trabajo de Control Interno, que continuará realizando actividades sobre el tema.

  Entre las responsabilidades de este grupo, se encuentran: generar estrategias, en los tres órdenes de gobierno, de acuerdo a su ámbito de competencia, para homologar la normativa en materia de control interno; asegurar la fiscalización del control interno de las instituciones auditadas, en los programas de auditoría e identificar los cambios legales, estructurales y normativos que permitan fortalecer a las instancias de control.

En este contexto y aunado a: 1) la necesidad de que las instituciones del Sector Publico establezcan, actualicen y mejoren continuamente sus sistemas de control interno; 2) la actualización, en mayo de 2013,

del Marco Integrado de Control Interno emitido por el Comité de Organizaciones Patrocinadoras de la Comisión Treadway (COSO por sus siglas en inglés), y 3) la reciente actualización, en septiembre de 2014, de las Normas de Control Interno para el Gobierno Federal publicadas por la Oficina de Rendición de Cuentas Gubernamental (GAO, por sus siglas en inglés), se propone, en el seno del SNF, el presente trabajo, desarrollado por el Grupo de Trabajo de Control Interno, el cual consiste en un Marco Integrado de Control Interno para el Sector Público (el Marco) único, aplicable a los tres órdenes de gobierno, basado en los componentes, principios y puntos de interés que las mejores prácticas internacionales en la materia ponen de manifiesto.

El Marco, proporciona un modelo general para establecer, mantener y mejorar el sistema de control interno institucional, aportando distintos elementos para el cumplimiento de las categorías de objetivos institucionales (operación, información y cumplimiento).

El presente Marco está diseñado como un modelo de control interno que puede ser adoptado y adaptado por las instituciones en los ámbitos Federal, Estatal y Municipal, el cual gozaría de mayor aceptación e impacto, si los distintos niveles de gobierno, en el ámbito de sus atribuciones expiden los decretos correspondientes para su aprobación.

Estamos convencidos que la implementación y, en su caso, la adaptación del Marco promoverá el mejoramiento de las funciones del Estado Mexicano y los resultados se traducirán en mejoras de la gestión gubernamental, la prevención y erradicación de la corrupción y el desarrollo de un sistema integral de rendición de cuentas.

Definiciones

Para los efectos del presente Marco Integrado de Control Interno para el Sector Público se entenderá por:

Administración.
Personal de mandos superiores y medios, diferente al Titular, directamente responsables de todas las actividades en la institución, incluyendo el diseño, la implementación y la eficacia operativa del control interno.

Atributos.
Información adicional que proporciona una explicación más detallada respecto de los principios y los requisitos de documentación y formalización para el desarrollo de un Sistema de Control Interno efectivo.

Competencia profesional.
Cualificación para llevar a cabo las responsabilidades asignadas. Requiere habilidades y conocimientos, que son adquiridos generalmente con la formación y experiencia profesional y certificaciones. Se expresa en la actitud y el comportamiento de los individuos para llevar a cabo sus funciones y cumplir con sus responsabilidades.

Controles a nivel institución.
Controles que tienen un efecto generalizado en el sistema de control interno institucional; los controles a nivel institución pueden incluir controles relacionados con el proceso de evaluación de riesgos de la entidad, ambiente de control, organizaciones de servicios, elusión de controles y supervisión.

Controles generales.
Políticas y procedimientos que se aplican a todos o a un segmento amplio de los sistemas de información institucionales; los controles generales incluyen la gestión de la seguridad, accesos lógicos y físicos, configuraciones, segregación de funciones y planes de contingencia.

Elusión de controles.
Omisión del cumplimiento de las políticas y procedimientos establecidos con la intención de obtener beneficios personales, simular el cumplimiento de ciertas condiciones o propiciar actividades comúnmente ilícitas.
Estructura organizacional. Unidades administrativas, procesos sustantivos y adjetivos y cualquier otra estructura utilizada por la Dirección para lograr los objetivos institucionales.

Evaluación del Sistema de Control Interno.
Proceso mediante el cual, servidores públicos independientes a los responsables de los procesos susceptibles de evaluación o a través de externos, determinan la idoneidad, eficacia, eficiencia y economía en la aplicación del control interno en la institución, las unidades administrativas, los procesos, funciones y actividades, y definen y atienden las debilidades del Sistema de Control Interno.

Indicadores de desempeño.
Medidas de evaluación del desempeño de la institución en el logro de los objetivos.
Información de calidad. Información proveniente de fuentes confiables y es adecuada, actual, completa, exacta, accesible y proporcionada de manera oportuna.

Institución o instituciones.
Dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, Estatal o Municipal, según corresponda, así como en los Órganos Constitucionales Autónomos, en su caso.

Importancia relativa.
Es la conclusión, respecto del análisis de la naturaleza e impacto de cierta información, en la que la omisión o presentación incorrecta de ésta, no tiene efectos importantes en las decisiones que los diversos usuarios adopten.

Líneas de reporte.
Líneas de comunicación, internas y externas, a todos los niveles en la institución que proporcionan métodos de comunicación que pueden circular en todas las direcciones al interior de la estructura organizacional.

Mejora continua.
Proceso de optimización y perfeccionamiento del Sistema de Control Interno; de la eficacia, eficiencia y economía de su gestión; y de la mitigación de riesgos, a través de indicadores de desempeño y su evaluación periódica.

Objetivos cualitativos.
Objetivos que la Dirección puede necesitar para diseñar indicadores de desempeño que señalen el nivel o grado de desempeño, tales como hitos.

Objetivos cuantitativos.
Las normas e indicadores de desempeño pueden ser un porcentaje específico o un valor numérico.

Políticas.
Declaraciones de responsabilidad respecto de los objetivos de los procesos, sus riesgos relacionados y el diseño, implementación y eficacia operativa de las actividades de control.

Planes de contingencia.
Proceso definido para identificar y atender la necesidad institucional de responder a los cambios repentinos en el personal y que pueden comprometer el Sistema de Control Interno.

Sector Público.
La Administración Pública Federal, Estatal o Municipal, según corresponda, así como los Órganos Constitucionales Autónomos, en su caso.

Seguridad razonable.
Alto nivel de confianza, más no absoluto, de que los objetivos de la institución serán alcanzados.

Sistema de información.
Personal, procesos, datos y tecnología, organizados para obtener, comunicar o disponer de la información.

TIC.
Tecnologías de Información y Comunicaciones; procesos de información habilitados con la Tecnología.

Titulares.
Secretarios, Directores Generales, Coordinadores, Delegados, Jefes, Procuradores o cualquier otro funcionario de primer nivel de las instituciones del Sector Público, con independencia del término con el que se identifique su cargo o puesto.

Unidades administrativas.
División administrativa, establecida en instrumento jurídico respectivo, de los ejecutores de gasto del sector público y que para efectos de la programación, presupuesto, ejercicio, control y evaluación del gasto público federal estén constituidas en unidades responsables.

Marco Integrado de Control Interno para el Sector Público

Sección 1 – Conceptos Fundamentales de Control Interno

Definición de Control Interno

El control interno es un proceso efectuado por el Órgano de Gobierno, el Titular, la Administración y los demás servidores públicos de una Institución, con objeto de proporcionar una seguridad razonable sobre la consecución de los objetivos institucionales y la salvaguarda de los recursos públicos, así como para prevenir la corrupción. Estos objetivos y sus riesgos relacionados pueden ser clasificados en una o más de las siguientes categorías:

- *Operación.* Se refiere a la eficacia, eficiencia y economía de las operaciones.
- *Información.* Consiste en la confiabilidad de los informes internos y externos.
- *Cumplimiento.* Se relaciona con el apego a las disposiciones jurídicas y normativas.

Éstas categorías son distintas, pero interactúan creando sinergias que favorecen el funcionamiento de una institución para lograr su misión y mandato legal. Un objetivo particular puede relacionarse con más de una categoría, resolver diferentes necesidades y ser responsabilidad directa de diversos servidores públicos.

El control interno incluye planes, métodos, programas, políticas y procedimientos utilizados para alcanzar el mandato, la misión, el plan estratégico, los objetivos y las metas institucionales. Asimismo, constituye la primera línea de defensa en la salvaguarda de los recursos públicos y la prevención de actos de corrupción. En resumen, el control interno ayuda al Titular de una institución a lograr los resultados programados a través de la administración eficaz de todos sus recursos, como son los tecnológicos, materiales, humanos y financieros.

Características del Control Interno

El control interno conforma un sistema integral y continuo aplicable al entorno operativo de una institución que, llevado a cabo por su personal, provee una seguridad razonable, más no absoluta, de que los objetivos de la institución serán alcanzados.

El control interno no es un evento único y aislado, sino una serie de acciones y procedimientos desarrollados y concatenados que se realizan durante el desempeño de las operaciones de una institución. Es reconocido como una parte intrínseca de la gestión de procesos operativos para guiar las actividades de la institución y no como un sistema separado dentro de ésta. En este sentido, el control interno se establece al interior de la institución como una parte de la estructura organizacional para ayudar al Titular, a la Administración y al resto de los servidores públicos a alcanzar los objetivos institucionales de manera permanente en sus operaciones.

Los servidores públicos son los que propician que el control interno funcione. El Titular es responsable de asegurar, con el apoyo de unidades especializadas y el establecimiento de líneas de responsabilidad, que su institución cuenta con un control interno apropiado, lo cual significa que el control interno:

- Es acorde con el tamaño, estructura, circunstancias específicas y mandato legal de la institución;
- Contribuye de manera eficaz, eficiente y económica a alcanzar las tres categorías de objetivos institucionales (operaciones, información y cumplimiento); y
- Asegura, de manera razonable, la salvaguarda de los recursos públicos, la actuación honesta de todo el personal y la prevención de actos de corrupción.

Como parte de esa responsabilidad, el Titular:

a) Establece los objetivos institucionales de control interno.

b) Asigna de manera clara a determinadas unidades o áreas, la responsabilidad de:

- Implementar controles adecuados y suficientes en toda la institución,
- Supervisar y evaluar periódicamente el control interno (por lo general, a cargo de las unidades institucionales de auditoría interna), y
- Mejorar de manera continua el control interno, con base en los resultados de las evaluaciones periódicas realizadas por los revisores internos y externos, entre otros elementos.

Si bien el Titular de la institución es el primer responsable del control interno, todos los servidores públicos de ésta desempeñan un papel importante en la implementación y operación del control interno.

De esta manera, todo el personal de la institución es responsable de que existan controles adecuados y suficientes para el desempeño de sus funciones específicas, los cuales contribuyen al logro eficaz y eficiente de sus objetivos, de acuerdo con el modelo de control interno establecido y supervisado por las unidades o áreas de control designadas para tal efecto por el Titular de la institución.

Sección 2 – Establecimiento del Control Interno

Presentación del Marco Integrado de Control Interno para el Sector Público

El presente documento establece el Marco Integrado de Control Interno para el Sector Público (el Marco), acordado en el seno del Sistema Nacional de Fiscalización (SNF), el cual es aplicable a toda institución del Sector Público, independientemente del orden de gobierno en que se encuadre (Federal, Estatal o Municipal) el Poder al que pertenezca (Ejecutivo, Legislativo, Judicial u Órganos Constitucionales Autónomos) y en atención a las disposiciones jurídicas aplicables.

El Marco provee criterios para evaluar el diseño, la implementación y la eficacia operativa del control interno en las instituciones del sector público y para determinar si el control interno es apropiado y suficiente para cumplir con las tres categorías de objetivos: operación, información y cumplimiento, incluyendo la protección de la integridad y la prevención de actos corruptos en los diversos procesos realizados por la institución. Ésta última debe tener un control interno acorde con su mandato, naturaleza, tamaño y las disposiciones jurídicas para cumplir con los objetivos para los que fue creada.

El Marco es aplicable a todas las categorías de objetivos. Sin embargo, su enfoque no es limitativo, ni pretende interferir o contraponerse con las disposiciones jurídicas y normativas aplicables. En la implementación de este Marco, los titulares de las unidades administrativas asumen la responsabilidad de diseñar las políticas y procedimientos que se ajusten a las disposiciones jurídicas y normativas y a las circunstancias específicas de la institución, así como de incluirlos como una parte inherente a sus operaciones.

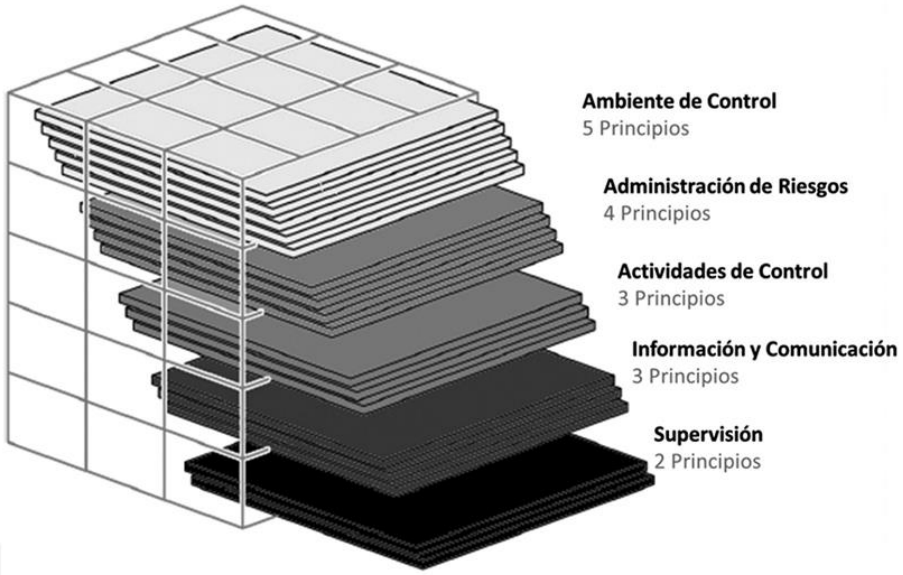
Componentes, Principios y Puntos de Interés del Control Interno

Cada institución cuenta con un mandato particular, del que derivan atribuciones y obligaciones concretas. De igual modo, se alinea a Programas y Planes Nacionales, sectoriales o regionales específicos, así como a otros instrumentos vinculatorios en función de las disposiciones jurídicas aplicables.

Dentro de esa estructura de facultades y obligaciones, cada institución formula objetivos de control interno para asegurar, de manera razonable, que sus objetivos institucionales, contenidos en un plan estratégico, serán alcanzados de manera eficaz, eficiente y económica.

El Titular, con el apoyo de la Administración, y con la vigilancia del Órgano de Gobierno en los casos que proceda, debe establecer objetivos de control interno a nivel institución, unidad, función y actividades específicas. Todo el personal, en sus respectivos ámbitos de acción, aplica el control interno para contribuir a la consecución de los objetivos institucionales.

Aunque existen diferentes maneras de representar al control interno, este Marco lo define como una estructura jerárquica de 5 componentes, 17 principios y diversos puntos de interés relevantes.



Fuente: Adaptado de las Normas de Control Interno en el Gobierno Federal, GAO.

Los componentes del control interno representan el nivel más alto en la jerarquía del Marco. Los cuales deben ser diseñados e implementados adecuadamente y deben operar en conjunto y de manera sistémica, para que el control interno sea apropiado. Los cinco componentes de control interno son:

- *Ambiente de Control.* Es la base del control interno. Proporciona disciplina y estructura para apoyar al personal en la consecución de los objetivos institucionales.

- *Administración de Riesgos.* Es el proceso que evalúa los riesgos a los que se enfrenta la institución en la procuración del cumplimiento de sus objetivos. Esta evaluación provee las bases para identificar los riesgos, analizarlos, catalogarlos, priorizarlos y desarrollar respuestas que mitiguen su impacto en caso de materialización, incluyendo los riesgos de corrupción.

- *Actividades de Control.* Son aquellas acciones establecidas, a través de políticas y procedimientos, por los responsables de las unidades administrativas para alcanzar los objetivos institucionales y responder a sus riesgos asociados, incluidos los de corrupción y los de sistemas de información.

- *Información y Comunicación.* Es la información de calidad que la Administración y los demás servidores públicos generan, obtienen, utilizan y comunican para respaldar el sistema de control interno y dar cumplimiento a su mandato legal.

- *Supervisión.* Son las actividades establecidas y operadas por las unidades específicas que el Titular ha designado, con la finalidad de mejorar de manera continua al control interno mediante una vigilancia y evaluación periódicas a su eficacia, eficiencia y economía. La supervisión es responsabilidad de la Administración en cada uno de los procesos que realiza, y se apoya, por lo general, en el área de auditoría interna o unidades específicas para llevarla a cabo. Las Entidades Fiscalizadoras Superiores y otros revisores externos proporcionan una supervisión adicional cuando revisan el control interno de la institución, ya sea a nivel institución, división, unidad administrativa o función. La supervisión contribuye a la optimización permanente del control interno y, por lo tanto, a la calidad en el desempeño de las operaciones, la salvaguarda de los recursos públicos, la prevención de la corrupción, la oportuna resolución de los hallazgos de auditoría y de otras revisiones, así como a la idoneidad y suficiencia de los controles implementados.

Los 17 principios respaldan el diseño, implementación y operación de los componentes asociados de control interno y representan los requerimientos necesarios para establecer un control interno apropiado, es decir, eficaz, eficiente, económico y suficiente conforme a la naturaleza, tamaño, disposiciones jurídicas y mandato de la institución.

Adicionalmente, el Marco contiene información específica presentada como *puntos de interés*, los cuales tienen como propósito proporcionar al Titular y la Administración, material de orientación para el diseño, implementación y operación de los principios a los que se encuentran asociados. Los puntos de interés dan mayores detalles sobre el principio asociado al que atienden y explican de manera más precisa los requerimientos para su implementación y documentación, por lo que orientan sobre la temática que debe ser abordada. Los puntos de interés también proporcionan antecedentes sobre cuestiones abordadas en el Marco.

Los puntos de interés se consideran relevantes para la implementación del Marco. Por su parte, la Administración tiene la responsabilidad de conocerlos y entenderlos, así como ejercer su juicio profesional para el cumplimiento del Marco, en el entendido de que éstas establecen procesos generales para el diseño, la implementación y la operación del control interno. A continuación se mencionan cada uno de los 5 componentes de control interno y se detallan sus 17 principios asociados.

Ambiente de Control

Principio 1. El Órgano de Gobierno, en su caso, el Titular y la Administración deben mostrar una actitud de respaldo y compromiso con la integridad, los valores éticos, las normas de conducta y la prevención de irregularidades administrativas y la corrupción.

Principio 2. El Titular y la Administración es responsable de supervisar el funcionamiento del control interno, a través de las unidades que establezca para tal efecto.

Principio 3. El Titular y la Administración deben autorizar, conforme a las disposiciones jurídicas y normativas aplicables, la estructura organizacional, asignar responsabilidades y delegar autoridad para alcanzar los objetivos institucionales, preservar la integridad, prevenir la corrupción y rendir cuentas de los resultados alcanzados.

Principio 4. El Titular y la Administración, son responsables de promover los medios necesarios para contratar, capacitar y retener profesionales competentes.

Principio 5. La Administración, debe evaluar el desempeño del control interno en la institución y hacer responsables a todos los servidores públicos por sus obligaciones específicas en materia de control interno.

Administración de Riesgos

Principio 6. El Titular, debe formular un plan estratégico que de manera coherente y ordenada oriente los esfuerzos institucionales hacia la consecución de los objetivos relativos a su mandato y las disposiciones jurídicas y normativas aplicables, asegurando además que dicha planeación estratégica contempla la alineación institucional a los Planes nacionales, regionales, sectoriales y todos los demás instrumentos y normativas vinculatorias que correspondan.

Al elaborar el plan estratégico de la institución, armonizado con su mandato y con todos los documentos pertinentes, de acuerdo con las disposiciones legales aplicables, el Titular, deberá asegurarse de que los objetivos y metas específicas contenidas en el mismo

son claras y que permiten la identificación de riesgos y la definición de la tolerancia a éstos en los diversos procesos que se realizan en la institución.

Principio 7. La Administración, debe identificar, analizar y responder a los riesgos asociados al cumplimiento de los objetivos institucionales, así como de los procesos por los que se obtienen los ingresos y se ejerce el gasto, entre otros.

Principio 8. La Administración, debe considerar la posibilidad de ocurrencia de actos de corrupción, fraude, abuso, desperdicio y otras irregularidades relacionadas con la adecuada salvaguarda de los recursos públicos, al identificar, analizar y responder a los riesgos, en los diversos procesos que realiza la institución.

Principio 9. La Administración, debe identificar, analizar y responder a los cambios significativos que puedan impactar al control interno.

Actividades de Control

Principio 10. La Administración, debe diseñar, actualizar y garantizar la suficiencia e idoneidad de las actividades de control establecidas para lograr los objetivos institucionales y responder a los riesgos. En este sentido, la Administración es responsable de que existan controles apropiados para hacer frente a los riesgos que se encuentran presentes en cada uno de los procesos que realizan, incluyendo los riesgos de corrupción.

Principio 11. La Administración, debe diseñar los sistemas de información institucional y las actividades de control relacionadas con dicho sistema, a fin de alcanzar los objetivos y responder a los riesgos.

Principio 12. La Administración, debe implementar las actividades de control a través de políticas, procedimientos y otros medios de similar naturaleza. En este sentido, la Administración es responsable de que en sus unidades administrativas se encuentren documentadas y formalmente establecidas sus actividades de control, las cuales deben ser apropiadas, suficientes e idóneas para enfrentar los riesgos a los que están expuestos sus procesos.

Información y Comunicación

Principio 13. La Administración, debe implementar los medios que permitan a cada unidad administrativa elaborar información pertinente y de calidad para la consecución de los objetivos institucionales y el cumplimiento de las disposiciones aplicables a la gestión financiera.

Principio 14. La Administración, es responsable de que cada unidad administrativa comunique internamente, por los canales apropiados y de conformidad con las disposiciones aplicables, la información de calidad necesaria para contribuir a la consecución de los objetivos institucionales y la gestión financiera.

Principio 15. La Administración, es responsable de que cada unidad administrativa comunique externamente, por los canales apropiados y de conformidad con las disposiciones aplicables, la información de calidad necesaria para contribuir a la consecución de los objetivos institucionales y la gestión financiera.

Supervisión

Principio 16. La Administración, debe establecer actividades para la adecuada supervisión del control interno y la evaluación de sus resultados, en todas las unidades administrativas de la institución. Conforme a las mejores prácticas en la materia, en dichas actividades de supervisión contribuye generalmente el área de auditoría interna, la que reporta sus resultados directamente al Titular o, en su caso, el Órgano de Gobierno.

Principio 17. La Administración, es responsable de que se corrijan oportunamente las deficiencias de control interno detectadas.

El Control Interno y la Institución

Existe una relación directa entre los objetivos de la institución, los cinco componentes de control interno (con sus principios y puntos de interés) y la estructura organizacional. Los objetivos son los fines que debe alcanzar la institución, con base en su propósito, mandato y disposiciones jurídicas aplicables. Los cinco componentes de control interno son los requisitos necesarios que debe cumplir una institución para alcanzar sus objetivos institucionales. La estructura organizacional abarca a todas las unidades administrativas, los procesos, atribuciones, funciones y todas las estructuras que la institución establece para alcanzar sus objetivos.

El Marco presenta dicha relación en la forma de un cubo.

Fuente: Adaptado del Informe COSO 2013.

Las tres categorías en las que se pueden clasificar los objetivos de la institución son representadas por las columnas en la parte superior del cubo. Los cinco componentes de control interno son representados por las filas. La estructura organizacional es representada por la tercera dimensión del cubo.

Cada componente de control interno aplica a las tres categorías de objetivos y a la estructura organizacional.

El control interno es un proceso dinámico, integrado y continuo en el que los componentes interactúan entre sí desde la etapa de diseño, implementación y operación. Dos instituciones no pueden tener un control interno idéntico, debido a distintos factores como son, entre otros, la misión, las disposiciones jurídicas y normativo aplicables, el plan estratégico, el tamaño de la institución, la tolerancia al riesgo y las tecnologías de información con que cuentan, así como el juicio profesional empleado por los responsables para responder a las circunstancias específicas.

Responsabilidades y Funciones en el Control Interno

El control interno es parte de las responsabilidades del Titular de la institución, quien cumple con éstas a través del apoyo de la Administración (mandos superiores y medios) y del resto de los servidores públicos. Por ello, los cinco componentes del Marco se presentan en el contexto del Titular u Órgano de Gobierno y de la Administración de la institución. No obstante, todos los servidores públicos son responsables del control interno. En general, las funciones y responsabilidades del control interno en una institución se pueden categorizar de la siguiente manera:

- Órgano de Gobierno y/o Titular. Es responsable de vigilar la dirección estratégica de la institución y el cumplimiento de las obligaciones relacionadas con la rendición de cuentas, lo cual incluye supervisar, en general, que la Administración diseñe, implemente y opere un control interno apropiado, con el apoyo, en su caso, de unidades especializadas y establecidas para tal efecto. Por lo general, las unidades de auditoría interna apoyan la supervisión del control interno e informan de sus hallazgos y áreas de oportunidad directamente al Órgano de Gobierno o al Titular. Para efecto del Marco, la vigilancia por parte del Órgano de Gobierno, en su caso, o del Titular está implícita en cada componente y principio.

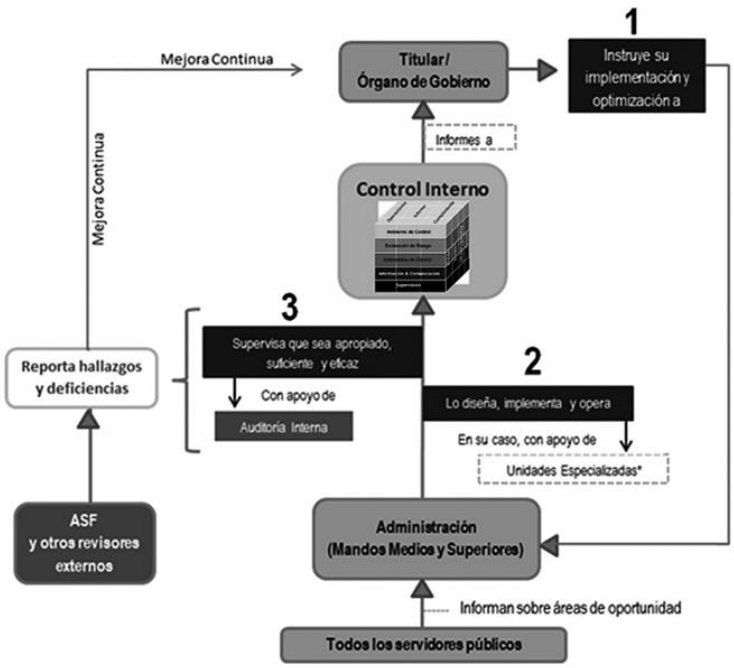
- Administración. Es directamente responsable de todas las actividades de la institución. Lo anterior incluye el diseño, la implementación y la eficacia operativa del control interno. La responsabilidad de la Administración en materia de control interno varía de acuerdo con las atribuciones y funciones que tiene asignadas en la estructura organizacional. De igual modo, la Administración, por lo general, cuenta con el apoyo adicional de unidades especializadas para diseñar, implementar y operar el control interno en los procesos de los cuales son responsables (comité / unidad de administración de riesgos, comité / unidad de cumplimiento legal, comité / unidad de control interno, comité / unidad de ética, etc.), por lo que en dichos casos se trata de una responsabilidad que comparten la Administración y las unidades especializadas. En estos casos de co-responsabilidad, deben existir en la institución líneas claras de autoridad que delimiten la responsabilidad de cada servidor público, a fin de permitir una adecuada rendición de cuentas y la oportuna corrección de debilidades detectadas en el control interno.

- Servidores públicos. Todos los servidores públicos de la institución, distintos al Titular y a la Administración, que apoyan en el diseño, implementación y operación del control interno, y son responsables de informar sobre cuestiones o deficiencias relevantes que hayan identificado en relación con los objetivos institucionales de operación, información, cumplimiento legal, salvaguarda de los recursos y prevención de la corrupción.

- Instancia de Supervisión. Es la unidad independiente de los responsables directos de los procesos, que evalúa el adecuado diseño, implementación y operación del control interno.

La siguiente Figura ilustra de manera general las responsabilidades institucionales en relación con el control interno.

RESPONSABLES DE LA IMPLEMENTACIÓN Y MEJORA CONTINUA DEL CONTROL INTERNO



*** Unidades especializadas:** Comité de Riesgos, Comité de Cumplimiento, Unidad de Control Interno, Comités de ética, etc.

Las Entidades Fiscalizadoras Superiores y otros órganos revisores externos no son responsables directos de la implementación, suficiencia e idoneidad del control interno en la institución. No obstante, derivado de las revisiones que practican para conocer su funcionamiento, realizan contribuciones favorables y promueven su fortalecimiento y mejora continua. La responsabilidad sobre el control interno recae sobre el Titular de la institución y la Administración.

Objetivos de la Institución

El Titular, con la participación de la Administración, y bajo la supervisión del Órgano de Gobierno, cuando proceda, debe establecer objetivos para alcanzar el mandato, la misión y visión institucionales; los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo, el Plan Estatal de Desarrollo, los Programas Sectoriales, Especiales y demás planes y programas, de acuerdo con los requerimientos y expectativas de la planeación estratégica y el cumplimiento de las disposiciones jurídicas y normativas. Se debe incluir el establecimiento de objetivos como parte del proceso de planeación estratégica.

La Administración, como parte del diseño del control interno, debe definir objetivos medibles y claros, así como normas e indicadores de desempeño que permitan identificar, analizar, evaluar su avance y responder a sus riesgos asociados.

Categorías de Objetivos

Los objetivos se pueden agrupar en una o más de las siguientes categorías:

- *Operación.* Eficacia en el logro de los objetivos institucionales, eficiencia en el uso y aplicación de los recursos y economía en las entradas necesarias para las operaciones y demás actividades.

- *Información.* Confiabilidad de los informes internos y externos.

- *Cumplimiento.* Apego a las disposiciones jurídicas y normativas aplicables, lo que incluye la salvaguarda de la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad, eficiencia y prevención de la corrupción en el desempeño institucional.

Objetivos de Operación

Se relacionan con las actividades que permiten alcanzar el mandato legal, la misión y visión institucional. El mandato legal está definido por una serie de documentos jurídicos obligatorios que debe observar la institución, como pueden ser la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la ley orgánica de la institución, su reglamento interior, estatuto orgánico, decreto de creación o documento análogo. En los planes estratégicos se deben precisar los objetivos y metas institucionales. Las operaciones eficaces producen los resultados esperados de los procesos operativos, mientras que las operaciones eficientes se generan al utilizar adecuadamente los recursos asignados para ello, y la economía se refleja en la minimización de los costos, la reducción en el desperdicio de recursos y la maximización de los resultados.

A partir de los objetivos estratégicos, el Titular, con el apoyo de la Administración, debe establecer objetivos y metas específicos para las diferentes unidades de la estructura organizacional. Al vincular los objetivos con el mandato legal, misión y visión institucionales, se mejora la eficacia, la eficiencia y la economía de los programas operativos para alcanzar su mandato y se previene la posible ocurrencia de actos corruptos en la institución.

Objetivos de Información

Se relacionan con la preparación de informes para uso de la institución, sus partes interesadas y diversas instancias externas. Se pueden agrupar en tres subcategorías:

- *Objetivos de Informes Financieros Externos.* Relacionados con la publicación de información sobre el desempeño financiero de la institución según las disposiciones jurídicas y normativoas aplicables, así como las expectativas de las partes interesadas.

- *Objetivos de Informes No Financieros Externos.* Asociados con la publicación de información no financiera, según las disposiciones jurídicas y normativas aplicables, así como las expectativas de las partes interesadas.

- *Objetivos de Informes Internos Financieros y No Financieros.* Relativos a la recopilación y comunicación de la información necesaria para evaluar el desempeño de la institución en el logro de sus objetivos y programas, los cuales son la base para la toma de decisiones al respecto.

Objetivos de Cumplimiento

En el sector público, estos objetivos son muy significativos. Las disposiciones jurídicas y normativas prescriben los objetivos, la estructura y los mecanismos para la consecución de los objetivos institucionales y el reporte del desempeño de la institución. La Administración debe considerar de manera integral los objetivos de cumplimiento legal y normativo, así como determinar qué controles diseñar, implementar y operar para que la institución alcance dichos objetivos eficazmente.

Como parte de la especificación de los objetivos de cumplimiento, la institución tiene determinadas leyes y regulaciones que le aplican.

Salvaguarda de los Recursos Públicos y Prevención de Actos de Corrupción

Un subconjunto de las tres categorías de objetivos es la salvaguarda de los recursos públicos y la prevención de actos de corrupción. La Administración es responsable de establecer y mantener un control interno que:

- Proporcione una seguridad razonable sobre el adecuado ejercicio, utilización o disposición de los recursos públicos;

- Prevenga actos corruptos;

- Detecte y corrija oportunamente las irregularidades, en caso de que se materialicen; y

- Permita determinar, de manera clara, las responsabilidades específicas del personal que posibilitó o participó en la ocurrencia de las irregularidades.

Establecimiento de Objetivos Específicos

A partir de los objetivos estratégicos, el Titular debe desarrollar, con la participación de la Administración, los objetivos específicos para toda la estructura organizacional. El Titular define objetivos específicos, con normas e indicadores de desempeño, que deben ser comunicados al personal responsable de su consecución. El Titular, la Administración y los demás

servidores públicos requieren comprender los objetivos estratégicos, sus objetivos específicos y las normas e indicadores de desempeño que aseguren la rendición de cuentas como parte inherente del funcionamiento del control interno.

Sección 3 – Evaluación del Control Interno

El propósito de esta sección es proporcionar al Órgano de Gobierno, al Titular, a la Administración y a las instancias de supervisión, los elementos a considerar para evaluar si el control interno de la institución es apropiado (véase la sección 1, sexto párrafo de este Marco).

Elementos de un Control Interno Apropiado

Un control interno apropiado proporciona una seguridad razonable sobre la consecución de los objetivos institucionales. Para ello es necesario que:

- Cada uno de los 5 componentes y los 17 principios del control interno sea diseñado, implementado y operado adecuadamente, conforme al mandato y circunstancias específicas de la institución.
- Los cinco componentes y los 17 principios operen en conjunto y de manera sistémica.

Si un principio o un componente no cumple con estos requisitos o si los componentes no operan en conjunto de manera sistémica, el control interno no es apropiado.

Aspectos de la Evaluación del Control Interno

Diseño e Implementación

Al evaluar el diseño del control interno, se debe determinar si los controles, por sí mismos y en conjunto con otros, permiten alcanzar los objetivos y responder a sus riesgos asociados. Para evaluar la implementación, la Administración debe determinar si el control existe y si se ha puesto en operación. Un control no puede ser efectivamente implementado si su diseño es deficiente.

Una deficiencia en el diseño ocurre cuando:

- Falta un control necesario para lograr un objetivo de control.
- Un control existente está diseñado de modo que, incluso si opera de acuerdo al diseño, el objetivo de control no puede alcanzarse.

Existe una deficiencia en la implementación cuando un control, adecuadamente diseñado, se establece de manera incorrecta.

Eficacia Operativa

Al evaluar la eficacia operativa del control interno, la Administración debe determinar si se aplicaron controles de manera oportuna durante el periodo bajo revisión, la consistencia con la que éstos fueron aplicados, así como el personal que los aplicó y los medios utilizados para ello. Si se utilizaron controles sustancialmente diferentes en distintas etapas del periodo bajo revisión, la Administración debe evaluar la eficacia operativa de manera separada por cada procedimiento individual de control aplicado. Un control carece de eficacia operativa si no fue diseñado e implementado eficazmente.

Una deficiencia en la operación se presenta cuando un control diseñado adecuadamente, se ejecuta de manera distinta a como fue diseñado, o cuando el servidor público que ejecuta el control no posee la autoridad o la competencia profesional necesaria para aplicarlo eficazmente.

Efecto de las Deficiencias en el Control Interno

La Administración debe evaluar las deficiencias en los controles que fueron detectadas por medio de las evaluaciones continuas (autoevaluaciones) o mediante evaluaciones independientes, efectuadas por revisores internos y externos, generalmente, los auditores internos y las Entidades de Fiscalización Superior, respectivamente. Una deficiencia de control interno existe cuando el diseño, la implementación o la operación de un control imposibilitan a la Administración o a los demás servidores

públicos, en el desarrollo normal de sus funciones, la consecución de los objetivos de control y la respuesta a los riesgos asociados.

La Administración debe evaluar la relevancia de las deficiencias identificadas. La relevancia se refiere a la importancia relativa de una deficiencia en el cumplimiento de los objetivos institucionales. Para definir la relevancia de las deficiencias, se debe evaluar su efecto sobre la consecución de los objetivos, tanto a nivel institución como de transacción. También se debe evaluar la relevancia de las deficiencias considerando la magnitud del impacto, la probabilidad de ocurrencia y la naturaleza de la deficiencia.

La magnitud del impacto hace referencia al efecto probable que la deficiencia tendría en el cumplimiento de los objetivos, y en ella inciden factores como el tamaño, la recurrencia y la duración del impacto de la deficiencia. Una deficiencia puede ser más significativa para un objetivo que para otro.

La probabilidad de ocurrencia se refiere a la posibilidad de que la deficiencia efectivamente se materialice e impacte la capacidad institucional para cumplir con sus objetivos.

La naturaleza de la deficiencia involucra factores como el grado de subjetividad de la deficiencia y si ésta surge por corrupción, fraude o transgresiones legales o a la integridad.

El Órgano de Gobierno, en su caso, o el Titular debe supervisar, generalmente con apoyo de la auditoría interna, la adecuada evaluación que al efecto haya realizado la Administración respecto de las deficiencias identificadas.

Las deficiencias deben ser evaluadas tanto individualmente como en conjunto. Al evaluar la relevancia de las deficiencias, se debe considerar la correlación existente entre diferentes deficiencias o grupos de éstas. La evaluación de deficiencias varía en cada institución debido a las diferencias entre objetivos institucionales.

La Administración debe determinar si cada uno de los 17 principios se ha diseñado, implementado y operado apropiadamente, así como elaborar un informe ejecutivo al respecto. Como parte de este informe, la Administración debe considerar el impacto que las deficiencias identificadas tienen sobre los requisitos de documentación. Para mayores detalles sobre la documentación del control interno, véase la sección 4, párrafos noveno y décimo de este Marco. La Administración puede considerar los puntos de interés asociados con los principios como parte del informe ejecutivo.

Si un principio no se encuentra diseñado, implementado y operando eficazmente, el componente respectivo es ineficaz e inapropiado.

Con base en los resultados del informe ejecutivo de cada principio, la Administración concluye si el diseño, la implementación y la eficacia operativa de cada uno de los cinco componentes de control interno es apropiada. La Administración también debe considerar si los cinco componentes operan eficaz y apropiadamente en conjunto. Si uno o más de los cinco componentes no es apropiadamente diseñado, implementado y operado, o si no se desarrolla de manera integral y sistémica, entonces el control interno no es efectivo. Tales determinaciones dependen del juicio profesional, por lo que se debe ejercer con sumo cuidado y diligencia profesionales, y sobre la base de conocimientos, competencias y aptitudes técnicas y profesionales adecuadas y suficientes.

Sección 4 – Consideraciones Adicionales

Servicios Tercerizados

La Administración puede contratar a terceros autorizados para desempeñar algunos procesos operativos para la institución, tales como servicios de tecnologías de información y comunicaciones, servicios de mantenimiento, servicios de seguridad o servicios de limpieza, entre otros. Para efectos del Marco, estos actores externos son referidos como "servicios tercerizados". No obstante, la Administración conserva la responsabilidad sobre el desempeño de las actividades realizadas por los servicios tercerizados.

En consecuencia, la Administración debe entender los controles que cada servicio tercerizado ha diseñado, implementado y operado para realizar los procesos operativos contratados, así como el modo en que el control interno de dichos terceros impacta en el control interno.

La Administración debe determinar si los controles internos establecidos por los servicios tercerizados son apropiados para asegurar que la institución alcance sus objetivos y responda a los riesgos asociados, o si se deben establecer controles complementarios en el control interno de la institución.

La Administración debe considerar, entre otros, los siguientes criterios al determinar el grado de supervisión que requerirán las actividades realizadas por los servicios tercerizados:

- La naturaleza de los servicios contratados y los riesgos que representan.
- Las normas de conducta de los servicios tercerizados.
- La calidad y la frecuencia de los esfuerzos de los servicios tercerizados por mantener las normas de conducta en su personal.
- La magnitud y complejidad de las operaciones de los servicios tercerizados y su estructura organizacional.
- El alcance, suficiencia e idoneidad de los controles de los servicios tercerizados para la consecución de los objetivos para los que fueron contratados, y para responder a los riesgos asociados con las actividades contratadas.

Instituciones Grandes o Pequeñas

Los 17 principios aplican tanto a instituciones grandes como pequeñas. Sin embargo, las instituciones pequeñas pueden tener diferentes enfoques de implementación. Éstas, generalmente tienen ventajas particulares, que pueden contribuir a que su control interno sea apropiado. Asimismo, pueden incluir un mayor nivel de participación de la Administración en los procesos operativos y una interacción directa de ésta con el personal.

No obstante, una institución pequeña enfrenta mayores retos en la segregación de funciones debido a la concentración de responsabilidades y autoridades en su estructura organizacional. Sin embargo, la Administración debe responder a este riesgo mediante el diseño apropiado del control interno, por ejemplo añadiendo niveles adicionales de revisión para procesos operativos clave; efectuando revisiones aleatorias a las transacciones y su documentación soporte; practicando conteos periódicos a los activos o supervisando las conciliaciones.

Costos y Beneficios del Control Interno

El Control Interno provee amplios beneficios a la institución. Proporciona a los responsables de los procesos operativos una mayor confianza respecto del cumplimiento de sus objetivos, brinda retroalimentación sobre qué tan eficaz es su operación y ayuda a reducir los riesgos asociados con el cumplimiento de los objetivos institucionales. Se deben considerar diversos factores de costos relacionados con los beneficios esperados al diseñar e implementar controles internos. La complejidad de la determinación del costo-beneficio depende de la interrelación de los controles con los procesos operativos. Cuando los controles están integrados con los procesos operativos, es difícil aislar tanto sus costos como sus beneficios.

La Administración debe decidir cómo evaluar el costo-beneficio del establecimiento de un control interno apropiado mediante distintos enfoques. Sin embargo, el costo por sí mismo no es una razón suficiente para evitar la implementación de controles internos. Las consideraciones del costo-beneficio respaldan la capacidad de la institución para diseñar, implementar y operar apropiadamente un control interno que equilibre la asignación de recursos en relación con las áreas de mayor riesgo, la complejidad u otros factores relevantes.

Documentación del Control Interno

La documentación y formalización son una parte importante y necesaria del control interno. El grado y naturaleza de la documentación y formalización varían según el tamaño y complejidad de los procesos operativos de la institución. La Administración utiliza el juicio profesional, la debida diligencia y las disposiciones jurídicas y normativas aplicables para determinar el grado de documentación y formalización requerido para el control interno, éstas últimas son necesarias para lograr que el control interno sea eficaz y apropiadamente diseñado, implementado y operado. La Administración debe cumplir, como mínimo, con los siguientes requisitos de documentación y formalización del control interno:

- Documentar, formalizar y actualizar oportunamente su control interno.
- Documentar y formalizar, mediante políticas y procedimientos, las responsabilidades de todo el personal respecto del control interno.
- Documentar y formalizar los resultados de las autoevaluaciones y las evaluaciones independientes para identificar problemas, debilidades o áreas de oportunidad en el control interno.
- Evaluar, documentar, formalizar y completar, oportunamente, las acciones correctivas correspondientes para la resolución de las deficiencias identificadas.
- Documentar y formalizar, de manera oportuna, las acciones correctivas impuestas para la resolución de las deficiencias identificadas.

Estos requisitos representan el nivel mínimo de documentación y formalización que debe tener el control interno. Es necesario ejercer el juicio profesional y observar las disposiciones jurídicas y normativas aplicables con el propósito de determinar qué documentación adicional puede ser necesaria para lograr un control interno apropiado. Si la Administración identifica deficiencias en el cumplimiento de estos requisitos de documentación y formalización, el efecto de las deficiencias debe ser considerado en el resumen elaborado relativo al diseño, implementación y eficacia operativa de los principios asociados.

Aplicación en las Instituciones

El Marco está diseñado para aplicarse como un modelo de control interno para todas las instituciones del Sector Público Federal, Estatal y Municipal. Cada institución puede adaptar dicho modelo general a su realidad operativa y circunstancias específicas, y acatar los componentes, principios y puntos de interés del Marco.

Componentes de Control Interno

Ambiente de Control

Es la base del control interno. Proporciona la disciplina y estructura que impactan a la calidad de todo el control interno. Influye en la definición de los objetivos y la constitución de las actividades de control. El Órgano de Gobierno, en su caso, el Titular y la Administración deben establecer y mantener un ambiente de control en toda la institución, que implique una actitud de respaldo hacia el control interno.

Principios

1. El Órgano de Gobierno, en su caso, el Titular y la Administración deben mostrar una actitud de respaldo y compromiso con la integridad, los valores éticos, las normas de conducta, así como la prevención de irregularidades administrativas y la corrupción.

2. El Órgano de Gobierno, en su caso, o el Titular es responsable de vigilar el funcionamiento del control interno, a través de la Administración y las instancias que establezca para tal efecto.

3. El Titular debe autorizar, con apoyo de la Administración y conforme a las disposiciones jurídicas y normativas aplicables, la estructura organizacional, asignar responsabilidades y delegar autoridad para alcanzar los objetivos institucionales, preservar la integridad, prevenir la corrupción y rendir cuentas de los resultados alcanzados.

4. La Administración, es responsable de establecer los medios necesarios para contratar, capacitar y retener profesionales competentes.

5. La Administración, debe evaluar el desempeño del control interno en la institución y hacer responsables a todos los servidores públicos por sus obligaciones específicas en la materia.

Principio 1 – Mostrar Actitud de Respaldo y Compromiso

1.01 El Órgano de Gobierno, en su caso, el Titular y la Administración deben mostrar una actitud de respaldo y compromiso con la integridad, los valores éticos, las normas de conducta, así como la prevención de irregularidades administrativas y la corrupción.

Puntos de Interés

Los siguientes puntos de interés contribuyen al diseño, implementación y eficacia operativa de este principio:

- Actitud de Respaldo del Titular y la Administración
- Normas de Conducta
- Apego a las Normas de Conducta
- Programa de Promoción de la Integridad y Prevención de la Corrupción
- Apego, Supervisión y Actualización Continua del Programa de Promoción de la Integridad y Prevención de la Corrupción

Actitud de Respaldo del Titular y la Administración

1.02 El Órgano de Gobierno, en su caso, el Titular y la Administración deben demostrar la importancia de la integridad, los valores éticos y las normas de conducta en sus directrices, actitudes y comportamiento.

1.03 El Órgano de Gobierno, en su caso, el Titular y la Administración deben guiar a través del ejemplo sobre los valores, la filosofía y el estilo operativo de la institución. Asimismo, deben establecer la actitud de respaldo en toda la institución a través de su actuación y ejemplo, lo cual es fundamental para lograr un control interno apropiado y eficaz. En las instituciones más grandes, los distintos niveles administrativos en la estructura organizacional también pueden establecer la "actitud de respaldo de la Administración".

1.04 Las directrices, actitudes y conductas del Órgano de Gobierno, en su caso, y del Titular deben reflejar la integridad, los valores éticos y las normas de conducta que se esperan por parte de los servidores públicos en la institución. De igual manera, deben reforzar el compromiso de hacer lo correcto y no sólo de mantener un nivel mínimo de desempeño para cumplir con las disposiciones jurídicas y normativas aplicables, a fin de que estas prioridades sean comprendidas por todas las partes interesadas, tales como reguladores, empleados y el público en general.

1.05 La actitud de respaldo de los Titulares y la Administración puede ser un impulsor, como se muestra en los párrafos anteriores, o un obstáculo para el control interno. Sin una sólida actitud de respaldo de éstos para el control interno, la identificación de riesgos puede quedar incompleta, la respuesta a los riesgos puede ser inapropiada, las actividades de control pueden no ser diseñadas o implementadas apropiadamente, la información y la comunicación pueden debilitarse; asimismo, los resultados de la supervisión pueden no ser comprendidos o pueden no servir de base para corregir las deficiencias detectadas.

Normas de Conducta

1.06 La Administración debe establecer directrices para comunicar las expectativas en materia de integridad, valores éticos y normas de conducta. Todo el personal de la institución debe utilizar los valores éticos y las normas de conducta para equilibrar las necesidades y preocupaciones de los diferentes grupos de interés, tales como reguladores, empleados y el público en general. Las normas de conducta deben guiar las directrices, actitudes y conductas del personal hacia el logro de sus objetivos.

1.07 La Administración, con la supervisión del Órgano de Gobierno o Titular, debe definir las expectativas que guarda la institución respecto de los valores éticos en las normas de conducta. La Administración debe considerar la utilización de políticas, principios de operación o directrices para comunicar las normas de conducta de la institución.

Apego a las Normas de Conducta

1.08 La Administración debe establecer procesos para evaluar el desempeño del personal frente a las normas de conducta de la institución y atender oportunamente cualquier desviación identificada.

1.09 La Administración debe utilizar las normas de conducta como base para evaluar el apego a la integridad, los valores éticos y las normas de conducta en toda la institución. Para asegurar que las normas de conducta se aplican eficazmente, también debe evaluar las directrices, actitudes y conductas de los servidores públicos y los equipos. Las evaluaciones pueden consistir autoevaluaciones y evaluaciones independientes. Los servidores públicos deben informar sobre asuntos relevantes a través de líneas de comunicación, tales como reuniones periódicas del personal, procesos de retroalimentación, un programa o línea ética de denuncia, entre otros. El Titular debe evaluar el apego de la Administración a las normas de conducta, así como el cumplimiento general en la institución.

1.10 La Administración debe determinar el nivel de tolerancia para las desviaciones. Para tal efecto, puede establecerse un nivel de tolerancia cero para el incumplimiento de ciertas normas de conducta, mientras que el incumplimiento de otras puede atenderse mediante advertencias a los servidores públicos. Asimismo, debe establecer un proceso para la evaluación del apego a las normas de conducta por parte de los servidores públicos o de los equipos, proceso que permite corregir las desviaciones.

La Administración debe atender el incumplimiento a las normas de conducta de manera oportuna y consistente. Dependiendo de la gravedad de la desviación, determinada a través del proceso de evaluación, también debe tomar las acciones apropiadas y en su caso aplicar las leyes y reglamentos correspondientes. Las normas de conducta que rigen al personal deben mantenerse consistentes en toda la institución.

Programa de Promoción de la Integridad y Prevención de la Corrupción

1.11 La Administración debe articular un programa, política o lineamiento institucional de promoción de la integridad y prevención de la corrupción (programa de promoción de la integridad) que considere como mínimo la capacitación continua en la materia de todo el personal; la difusión adecuada de los códigos de ética y conducta implementados; el establecimiento, difusión y operación de la línea ética (o mecanismo) de denuncia anónima y confidencial de hechos contrarios a la integridad; así como una función específica de gestión de riesgos de corrupción en la institución, como parte del componente de administración de riesgos (con todos los elementos incluidos en dicho componente).

Apego, Supervisión y Actualización Continua del Programa de Promoción de la Integridad y Prevención de la Corrupción

1.12 La Administración debe asegurar una supervisión continua sobre la aplicación efectiva y apropiada del programa de promoción de la integridad, medir si es suficiente y eficaz, y corregir sus deficiencias con base en los resultados de las evaluaciones internas y externas a que esté sujeta.

Principio 2 – Ejercer la Responsabilidad de Vigilancia

2.01 El Órgano de Gobierno, en su caso, o el Titular es responsable de supervisar el funcionamiento del control interno, a través de la Administración y las instancias que establezca para tal efecto.

Puntos de Interés

Los siguientes puntos de interés contribuyen al diseño, implementación y eficacia operativa de este principio:

- Estructura de Vigilancia
- Vigilancia General del Control Interno
- Corrección de Deficiencias

Estructura de Vigilancia

2.02 El Órgano de Gobierno, en su caso, o el Titular es responsable de establecer una estructura de vigilancia adecuada en función de las disposiciones jurídicas aplicables y la estructura y características de la institución. Los informes y hallazgos reportados por la instancia especializada de vigilancia son la base para la corrección de las deficiencias detectadas.

Responsabilidades del Órgano de Gobierno o del Titular

2.03 El Órgano de Gobierno, en su caso, o el Titular debe vigilar las operaciones de la institución, ofrecer orientación constructiva a la Administración y, cuando proceda, tomar decisiones de vigilancia para asegurar que la institución logre sus objetivos en línea con el programa de promoción de la integridad, los valores éticos y las normas de conducta.

Requisitos de un Órgano de Gobierno

2.04 En la selección de los miembros de un Órgano de Gobierno, en su caso, o del Titular se debe considerar el conocimiento necesario respecto de la institución, los conocimientos especializados pertinentes, el número de

miembros con que contará el Órgano y su neutralidad, independencia y objetividad técnica requeridos para cumplir con las responsabilidades de vigilancia en la institución.

2.05 Los miembros del Órgano de Gobierno, en su caso, o el Titular debe comprender los objetivos de la institución, sus riesgos asociados y las expectativas de sus grupos de interés. De igual modo, deben demostrar experiencia, conocimientos especializados y capacidades técnicas y profesionales apropiadas para realizar su función de vigilancia, particularmente en materia de control interno, administración de riesgos y prevención de la corrupción. Los criterios para la designación, remoción y destitución del cargo como miembro del Órgano de Gobierno o el Titular deben estar claramente establecidos, a fin de fortalecer la independencia de juicio y la objetividad en el desempeño de las funciones de vigilancia.

2.06 Los miembros del Órgano de Gobierno, en su caso, o del Titular deben demostrar además la pericia requerida para vigilar, deliberar y evaluar el control interno de la institución. Las capacidades que se esperan de todos los miembros de este Órgano o del Titular deben incluir la integridad, los valores éticos, las normas de conducta, el liderazgo, el pensamiento crítico, la resolución de problemas y competencias especializadas en prevención, disuasión y detección de faltas a la integridad y corrupción.

2.07 Además, al determinar el número de miembros que componen al Órgano de Gobierno, se debe considerar la necesidad de incluir personal con otras habilidades especializadas, que permitan la discusión, ofrezcan orientación constructiva al Titular y favorezcan la toma de decisiones adecuadas. Algunas habilidades especializadas pueden incluir:

- Dominio de temas de control interno (por ejemplo, el escepticismo profesional, perspectivas sobre los enfoques para identificar y responder a los riesgos, y evaluación de la eficacia del control interno).
- Experiencia en planeación estratégica, incluyendo el conocimiento de la misión y visión institucional, los programas clave y los procesos operativos relevantes.
- Pericia financiera, incluyendo el proceso para la preparación de informes financieros (por ejemplo, la Ley General de Contabilidad Gubernamental y los requisitos para la emisión de información financiera, contable y programática presupuestaria).
- Sistemas y tecnología relevantes (por ejemplo, la comprensión de riesgos y oportunidades de los sistemas críticos).
- Pericia legal y normativa (por ejemplo, entendimiento de las disposiciones jurídicas y normativas aplicables).
- Pericia en programas y estrategias para la salvaguarda de los recursos; la prevención, disuasión y detección de hechos de corrupción, y la promoción de ambientes de integridad.

2.08 Si lo autorizan las disposiciones jurídicas y normativas aplicables, la institución también debe considerar la inclusión de miembros independientes en el Órgano de Gobierno. Sus miembros deben revisar a detalle y cuestionar las actividades realizadas por el Titular y la Administración, deben presentar puntos de vista alternativos, así como tomar acción ante irregularidades, probables o reales. Los miembros independientes que cuentan con la pericia pertinente deben proporcionar valor a través de su evaluación imparcial de la institución y de sus operaciones.

Vigilancia General del Control Interno

2.09 El Órgano de Gobierno, en su caso, o el Titular debe vigilar, de manera general, el diseño, implementación y operación del control interno realizado por la Administración. Las responsabilidades del Órgano de Gobierno o del Titular respecto del control interno son, entre otras, las siguientes:

- *Ambiente de Control.* Establecer y promover la integridad, los valores éticos y las normas de conducta, así como la estructura de vigilancia, desarrollar expectativas de competencia profesional y mantener la rendición de cuentas ante todos los miembros del Órgano de Gobierno, en su caso, o del Titular y de las principales partes interesadas.
- *Administración de Riesgos*. Vigilar la evaluación de los riesgos que amenazan el logro de objetivos, incluyendo el impacto potencial de los cambios significativos, la corrupción, el fraude

y la elusión de controles por parte de cualquier servidor público.

- *Actividades de Control.* Vigilar a la Administración en el desarrollo y ejecución de las actividades de control.

- *Información y Comunicación.* Analizar y discutir la información relativa al logro de los objetivos institucionales.

- *Supervisión.* Examinar la naturaleza y alcance de las actividades de supervisión de la Administración, así como las evaluaciones realizadas por ésta y las acciones correctivas implementadas para remediar las deficiencias identificadas.

Corrección de Deficiencias

2.10 El Órgano de Gobierno, en su caso, o el Titular debe proporcionar información a la Administración para dar seguimiento a la corrección de las deficiencias detectadas en el control interno.

2.11 La Administración debe informar al Órgano de Gobierno, en su caso, o al Titular sobre aquellas deficiencias en el control interno identificadas; quien a su vez, evalúa y proporciona orientación a la Administración para la corrección de tales deficiencias. El Órgano de Gobierno o el Titular, también debe proporcionar orientación cuando una deficiencia atraviesa los límites organizacionales, o cuando los intereses de los miembros de la Administración pueden entrar en conflicto con los esfuerzos de corrección. En los momentos que sea apropiado y autorizado, el Órgano de Gobierno o el Titular, puede ordenar la creación de grupos de trabajo para hacer frente o vigilar asuntos específicos, críticos para el logro de los objetivos de la institución.

2.12 El Órgano de Gobierno, en su caso, o el Titular es responsable de monitorear la corrección de las deficiencias y de proporcionar orientación a la Administración sobre los plazos para corregirlas.

Principio 3 – Establecer la Estructura, Responsabilidad y Autoridad

3.01 El Titular debe autorizar, con apoyo de la Administración y conforme a las disposiciones jurídicas y normativas aplicables, la estructura organizacional, asignar responsabilidades y delegar autoridad para alcanzar los objetivos institucionales, preservar la integridad, prevenir la corrupción y rendir cuentas de los resultados alcanzados.

- Estructura Organizacional

- Asignación de Responsabilidad y Delegación de Autoridad

- Documentación y Formalización del Control Interno

Puntos de Interés

Los siguientes puntos de interés contribuyen al diseño, implementación y eficacia operativa de este principio:

Estructura Organizacional

3.02 El Titular debe instruir a la Administración y, en su caso, a las unidades especializadas, el establecimiento de la estructura organizacional necesaria para permitir la planeación, ejecución, control y evaluación de la institución en la consecución de sus objetivos. La Administración, para cumplir con este objetivo, debe desarrollar responsabilidades generales a partir de los objetivos institucionales que le permitan lograr sus objetivos y responder a sus riesgos asociados.

3.03 La Administración debe desarrollar y actualizar la estructura organizacional con entendimiento de las responsabilidades generales, y debe asignar estas responsabilidades a las distintas unidades para fomentar que la institución alcance sus objetivos de manera eficiente, eficaz y económica; brinde información confiable y de calidad; cumpla con las disposiciones jurídicas y normativas aplicables, y prevenga, disuada y detecte actos de corrupción. Con base en la naturaleza

de la responsabilidad asignada, la Administración debe seleccionar el tipo y el número de unidades, así como las direcciones, divisiones, oficinas y demás instancias dependientes.

3.04 Como parte del establecimiento de una estructura organizacional actualizada, la Administración debe considerar el modo en que las unidades interactúan a fin de cumplir con sus responsabilidades. La Administración debe establecer líneas de reporte dentro de la estructura organizacional, a fin de que las unidades puedan comunicar la información de calidad necesaria para el cumplimiento de los objetivos. Las líneas de reporte deben definirse en todos los niveles en la institución y deben proporcionar métodos de comunicación que pueden circular en todas las direcciones al interior de la estructura organizacional. La Administración también debe considerar las responsabilidades generales que tiene frente a terceros interesados, y debe establecer líneas de comunicación y emisión de informes que permitan a la institución comunicar y recibir información de las fuentes externas.

3.05 La Administración debe evaluar periódicamente la estructura organizacional para asegurar que se alinea con los objetivos institucionales y que ha sido adaptada y actualizada a cualquier objetivo emergente, como nuevas leyes o regulaciones.

Asignación de Responsabilidad y Delegación de Autoridad

3.06 Para alcanzar los objetivos institucionales, la Administración debe asignar responsabilidad y delegar autoridad a los puestos clave a lo largo de la institución. Un puesto clave es aquella posición dentro de la estructura organizacional que tiene asignada una responsabilidad general respecto de la institución. Usualmente, los puestos clave pertenecen a posiciones altas de la Administración (mandos superiores) dentro de la institución.

3.07 La Administración debe considerar las responsabilidades generales asignadas a cada unidad, debe determinar qué puestos clave son necesarios para cumplir con las responsabilidades asignadas y debe establecer dichos puestos. Aquel personal que se encuentra en puestos clave puede delegar responsabilidad sobre el control interno a sus subordinados, pero retiene la obligación de cumplir con las responsabilidades generales asignadas a sus unidades.

3.08 La Administración debe determinar qué nivel de autoridad necesitan los puestos clave para cumplir con sus obligaciones. También debe delegar autoridad sólo en la medida requerida para lograr los objetivos. Como parte de la delegación de autoridad, la Administración debe considerar que exista una apropiada segregación de funciones al interior de las unidades y en la estructura organizacional. La segregación de funciones ayuda a prevenir la corrupción, el fraude, desperdicio, abuso y otras irregularidades en la institución, al dividir la autoridad, la custodia y la contabilidad en la estructura organizacional. El personal que ocupa puestos clave puede delegar su autoridad sobre el control interno a sus subordinados, pero retiene la obligación de cumplir con las obligaciones de control interno inherentes a su cargo derivadas de su nivel de autoridad.

Documentación y Formalización del Control Interno

3.09 La Administración debe desarrollar y actualizar la documentación y formalización de su control interno.

3.10 La documentación y formalización efectiva del control interno apoya a la Administración en el diseño, implementación y operación de éste, al establecer y comunicar al personal el cómo, qué, cuándo, dónde y por qué del control interno. Asimismo, la documentación y formalización se constituyen en un medio para retener el conocimiento institucional sobre el control interno y mitigar el riesgo de limitar el conocimiento solo a una parte del personal; del mismo modo, es una vía para comunicar el conocimiento necesario sobre el control interno a las partes externas, por ejemplo, los auditores externos.

3.11 La Administración debe documentar y formalizar el control interno para satisfacer las necesidades operativas de la institución. La documentación de controles, incluidos los cambios realizados a éstos, es evidencia de que las actividades de control son identificadas, comunicadas a los responsables de su funcionamiento y que pueden ser supervisadas y evaluadas por la institución.

3.12 La extensión de la documentación necesaria para respaldar el diseño, implementación y eficacia operativa de los cinco componentes del control interno depende del juicio de la Administración, del mandato institucional y de las disposiciones jurídicas aplicables. La Administración debe considerar el costo-beneficio de los requisitos de la documentación y formalización, así como el tamaño, naturaleza y complejidad de la institución y de sus objetivos. No obstante, ciertos niveles básicos de documentación y formalización son necesarios para asegurar que los componentes de control interno son diseñados, implementados y operados de manera eficaz y apropiada.

Principio 4 - Demostrar Compromiso con la Competencia Profesional

4.01 La Administración, es responsable de establecer los medios necesarios para contratar, capacitar y retener profesionales competentes.

Puntos de Interés

Los siguientes puntos de interés contribuyen al diseño, implementación y eficacia operativa de este principio:

- Expectativas de Competencia Profesional
- Atracción, Desarrollo y Retención de Profesionales
- Planes y Preparativos para la Sucesión y Contingencias

Expectativas de Competencia Profesional

4.02 La Administración debe establecer expectativas de competencia profesional sobre los puestos clave y los demás cargos institucionales para ayudar a la institución a lograr sus objetivos. La competencia profesional es el conjunto de conocimientos y capacidades comprobables de un servidor público para llevar a cabo sus responsabilidades asignadas. El personal requiere de conocimientos, destrezas y habilidades pertinentes al ejercicio de sus cargos, los cuales son adquiridos, en gran medida, con la experiencia profesional, la capacitación y las certificaciones profesionales.

4.03 La Administración debe contemplar los estándares de conducta, las responsabilidades asignadas y la autoridad delegada al establecer expectativas. Asimismo, debe establecer las expectativas de competencia profesional para los puestos clave y para el resto del personal, a través de políticas al interior del Sistema de Control Interno.

4.04 El personal debe poseer y mantener un nivel de competencia profesional que le permita cumplir con sus responsabilidades, así como entender la importancia y eficacia del control interno. El sujetar al personal a las políticas definidas para la evaluación de las competencias profesionales es crucial para atraer, desarrollar y retener a los servidores públicos idóneos. La Administración debe evaluar la competencia profesional del personal en toda la institución, lo cual contribuye a la obligación institucional de rendición de cuentas. De igual forma, debe actuar, tanto como sea necesario, para identificar cualquier desviación a las políticas establecidas para la competencia profesional. El Órgano de Gobierno, en su caso, o el Titular debe evaluar las competencias de los titulares de las unidades administrativas, así como contribuir a la evaluación general del personal de la institución.

Atracción, Desarrollo y Retención de Profesionales

4.05 La Administración debe atraer, desarrollar y retener profesionales competentes para lograr los objetivos de la institución. Por lo tanto, debe:

- *Seleccionar y contratar.* Efectuar procedimientos para determinar si un candidato en particular se ajusta a las necesidades de la institución y tiene las competencias profesionales para el desempeño del puesto.
- *Capacitar.* Permitir a los servidores públicos desarrollar competencias profesionales apropiadas para los puestos clave, reforzar las normas de conducta, difundir el programa de promoción de la integridad y brindar una formación basada en las necesidades del puesto.

- *Guiar.* Proveer orientación en el desempeño del personal con base en las normas de conducta, el programa de promoción de la integridad y las expectativas de competencia profesional; alinear las habilidades y pericia individuales con los objetivos institucionales, y ayudar al personal a adaptarse a un ambiente cambiante.

- *Retener.* Proveer incentivos para motivar y reforzar los niveles esperados de desempeño y conducta deseada, incluida la capacitación y certificación correspondientes.

Planes y Preparativos para la Sucesión y Contingencias

4.06 La Administración debe definir cuadros de sucesión y planes de contingencia para los puestos clave, con objeto de garantizar la continuidad en el logro de los objetivos. Los cuadros de sucesión deben identificar y atender la necesidad de la institución de reemplazar profesionales competentes en el largo plazo, en tanto que los planes de contingencia deben identificar y atender la necesidad institucional de responder a los cambios repentinos en el personal que impactan a la institución y que pueden comprometer el control interno.

4.07 La Administración debe definir los cuadros de sucesión para los puestos clave, así como seleccionar y capacitar a los candidatos que asumirán los puestos clave. Si la Administración utiliza servicios tercerizados para cumplir con las responsabilidades asignadas a puestos clave, debe evaluar si éstos pueden continuar con los puestos clave y debe identificar otros servicios tercerizados para tales puestos. Asimismo, debe implementar procesos para asegurar que se comparta el conocimiento con los nuevos candidatos, en su caso.

4.08 La Administración debe definir los planes de contingencia para la asignación de responsabilidades si un puesto clave se encuentra vacante sin vistas a su ocupación. La importancia de estos puestos en el Control interno y el impacto que representa el que estén vacantes, impactan la formalidad y profundidad del plan de contingencia.

Principio 5 – Establecer la Estructura para el Reforzamiento de la Rendición de Cuentas

5.01 La Administración, debe evaluar el desempeño del control interno en la institución y hacer responsables a todo el personal por sus obligaciones específicas en la materia.

Puntos de Interés

Los siguientes puntos de interés contribuyen al diseño, implementación y eficacia operativa de este principio:

- Establecimiento de una Estructura para Responsabilizar al Personal por sus Obligaciones de Control Interno

- Consideración de las Presiones por las Responsabilidades Asignadas al Personal

Establecimiento de la Estructura para Responsabilizar al Personal por sus Obligaciones de Control Interno

5.02 La Administración debe establecer una estructura que permita, de manera clara y sencilla, responsabilizar a todo el personal por el desempeño de su cargo y por sus obligaciones específicas en materia de control interno, lo cual forma parte de la obligación de rendición de cuentas institucional. La responsabilidad por el cargo desempeñado y la obligación de rendición de cuentas es promovida por la actitud de respaldo y compromiso de los Titulares y la Administración (tono en los mandos superiores) con la competencia profesional, la integridad, los valores éticos, las normas de conducta, la estructura organizacional y las líneas de autoridad establecidas, elementos todos que influyen en la cultura de control interno de la institución. La estructura que refuerza la responsabilidad profesional y la rendición de cuentas por las actividades desempeñadas, es la base para la toma de decisiones y la actuación cotidiana del personal.

La Administración debe mantener la estructura para la responsabilidad profesional y el reforzamiento de la rendición de cuentas del personal, a través de mecanismos tales como evaluaciones del desempeño y la imposición de medidas disciplinarias.

5.03 La Administración debe establecer una estructura organizacional que permita responsabilizar a todos los servidores públicos por el desempeño de sus obligaciones de control interno. El Órgano de Gobierno, en su caso, o el Titular, a su vez, debe evaluar y responsabilizar a la Administración por el desempeño de sus funciones en materia de control interno.

5.04 En caso de que la Administración establezca incentivos para el desempeño del personal, debe reconocer que tales estímulos pueden provocar consecuencias no deseadas, por lo que debe evaluarlos a fin de que se encuentren alineados a los principios éticos y normas de conducta de la institución.

5.05 La Administración debe responsabilizar a las organizaciones de servicios que contrate por las funciones de control interno relacionadas con las actividades tercerizadas que realicen. Asimismo debe comunicar a los servicios tercerizados los objetivos institucionales y sus riesgos asociados, las normas de conducta de la institución, su papel dentro de la estructura organizacional, las responsabilidades asignadas y las expectativas de competencia profesional correspondiente a sus funciones, lo que contribuirá a que los servicios tercerizados desempeñen apropiadamente sus responsabilidades de control interno.

5.06 La Administración, bajo la supervisión del Órgano de Gobierno, en su caso, o del Titular debe tomar acciones correctivas cuando sea necesario fortalecer la estructura para la asignación de responsabilidades y la rendición de cuentas. Estas acciones van desde la retroalimentación informal proporcionada por los supervisores hasta acciones disciplinarias implementadas por el Órgano de Gobierno o el Titular, dependiendo de la relevancia de las deficiencias identificadas en el control interno.

Consideración de las Presiones por las Responsabilidades Asignadas al Personal

5.07 La Administración debe equilibrar las presiones excesivas sobre el personal de la institución. Las presiones pueden suscitarse debido a metas demasiado altas, establecidas por la Administración, a fin de cumplir con los objetivos institucionales o las exigencias cíclicas de algunos procesos sensibles, como adquisiciones, suministros, remuneraciones y la preparación de los estados financieros, entre otros.

5.08 La Administración es responsable de evaluar las presiones sobre el personal para ayudar a los empleados a cumplir con sus responsabilidades asignadas, en alineación con las normas de conducta, los principios éticos y el programa de promoción de la integridad. En este sentido, debe ajustar las presiones excesivas utilizando diferentes herramientas, como distribuir adecuadamente las cargas de trabajo, redistribuir los recursos o tomar las decisiones pertinentes para corregir la causa de las presiones, entre otras.

Administración de Riesgos

Después de haber establecido un ambiente de control efectivo, la Administración debe evaluar los riesgos que enfrenta la institución para el logro de sus objetivos. Esta evaluación proporciona las bases para el desarrollo de respuestas al riesgo apropiadas. Asimismo, debe evaluar los riesgos que enfrenta la institución tanto de fuentes internas como externas.

Principios

6. El Titular, con el apoyo de la Administración, debe definir claramente los objetivos institucionales y formular un plan estratégico que, de manera coherente y ordenada, se asocie a éstos y a su mandato legal, asegurando además que dicha planeación estratégica contemple la alineación institucional a los planes nacionales, regionales, sectoriales y todos los demás instrumentos y normativas vinculatorias que correspondan.

7. La Administración, debe identificar, analizar y responder a los riesgos asociados al cumplimiento de los objetivos institucionales, así como de los procesos por los que se obtienen los ingresos y se ejerce el gasto, entre otros.

8. La Administración, debe considerar la posibilidad de ocurrencia de actos de corrupción, fraudes, abuso, desperdicio y otras irregularidades relacionadas con la adecuada salvaguarda de los recursos públicos al identificar, analizar y responder a los riesgos, en los diversos procesos que realiza la institución.

9. La Administración, debe identificar, analizar y responder a los cambios significativos que puedan impactar al control interno.

Principio 6 – Definir Objetivos y Tolerancias al Riesgo

6.01 El Titular debe instruir a la Administración y, en su caso, a las unidades especializadas, la definición clara de los objetivos institucionales para permitir la identificación de riesgos y definir la tolerancia al riesgo.

Puntos de Interés

Los siguientes puntos de interés contribuyen al diseño, implementación y eficacia operativa de este principio:

- Definición de Objetivos
- Tolerancia al Riesgo

Definición de Objetivos

6.02 La Administración debe definir objetivos en términos específicos y medibles para permitir el diseño del control interno y sus riesgos asociados. Los términos específicos deben establecerse clara y completamente a fin de que puedan ser entendidos fácilmente. Los indicadores y otros instrumentos de medición de los objetivos permiten la evaluación del desempeño en el cumplimiento de los objetivos. Estos últimos, deben definirse inicialmente en el proceso de establecimiento de objetivos y, posteriormente, deben ser incorporados al control interno.

6.03 La Administración debe definir los objetivos en términos específicos de manera que sean comunicados y entendidos en todos los niveles en la institución. Esto involucra la clara definición de qué debe ser alcanzado, quién debe alcanzarlo, cómo será alcanzado y qué límites de tiempo existen para lograrlo. Todos los objetivos pueden ser clasificados de manera general en una o más de las siguientes tres categorías: de operación, de información y de cumplimiento. Los objetivos de información son, además, categorizados como internos o externos y financieros o no financieros. La Administración debe definir los objetivos en alineación

con el mandato, la misión y visión institucional, con su plan estratégico y con otros planes y programas aplicables, así como con las metas de desempeño.

6.04 La Administración debe definir objetivos en términos medibles de manera que se pueda evaluar su desempeño. Establecer objetivos medibles contribuye a la objetividad y neutralidad de su evaluación, ya que no se requiere de juicios subjetivos para evaluar el grado de avance en su cumplimiento. Los objetivos medibles deben definirse de una forma cuantitativa y/o cualitativa que permita una medición razonablemente consistente.

6.05 La Administración debe considerar los requerimientos externos y las expectativas internas al definir los objetivos que permiten el diseño del control interno. Los legisladores, reguladores e instancias normativas deben definir los requerimientos externos al establecer las leyes, regulaciones y normas que la institución debe cumplir. La Administración debe identificar, entender e incorporar estos requerimientos dentro de los objetivos institucionales. Adicionalmente, debe fijar expectativas y requerimientos internos para el cumplimiento de los objetivos con apoyo de las normas de conducta, el programa de promoción de la integridad, la función de supervisión, la estructura organizacional y las expectativas de competencia profesional del personal.

6.06 La Administración debe evaluar y, en su caso, replantear los objetivos definidos para que sean consistentes con los requerimientos externos y las expectativas internas de la institución, así como con el Plan Nacional de Desarrollo, el Plan Estatal de Desarrollo, los Programas Sectoriales, Especiales y demás planes, programas y disposiciones aplicables. Esta consistencia permite a la Administración identificar y analizar los riesgos asociados con el logro de los objetivos.

6.07 La Administración debe determinar si los instrumentos e indicadores de desempeño para los objetivos establecidos son apropiados para evaluar el desempeño de la institución. Para los objetivos cuantitativos, las normas e indicadores de desempeño pueden ser un porcentaje específico o un valor numérico. Para los objetivos cualitativos, la Administración podría necesitar diseñar medidas de desempeño que indiquen el nivel o grado de cumplimiento, como hitos.

Tolerancia al Riesgo

6.08 La Administración debe definir la tolerancia al riesgo para los objetivos definidos. Dicha tolerancia es el nivel aceptable de diferencia entre el cumplimiento cabal del objetivo y su grado real de cumplimiento. Las tolerancias al riesgo son inicialmente fijadas como parte del proceso de establecimiento de objetivos. La Administración debe definir las tolerancias para los objetivos establecidos al asegurar que los niveles de variación para las normas e indicadores de desempeño son apropiados para el diseño del Control interno.

6.09 La Administración debe definir las tolerancias al riesgo en términos específicos y medibles, de modo que sean claramente establecidas y puedan ser medidas. La tolerancia es usualmente medida con las mismas normas e indicadores de desempeño que los objetivos definidos. Dependiendo de la categoría de los objetivos, las tolerancias al riesgo pueden ser expresadas como sigue:

- *Objetivos de Operación.* Nivel de variación en el desempeño en relación con el riesgo.
- *Objetivos de Información no Financieros.* Nivel requerido de precisión y exactitud para las necesidades de los usuarios; implican consideraciones tanto cualitativas como cuantitativas para atender las necesidades de los usuarios de informes no financieros.
- *Objetivos de Información Financieros.* Los juicios sobre la relevancia se hacen en función de las circunstancias que los rodean; implican consideraciones tanto cualitativas como cuantitativas y se ven afectados por las necesidades de los usuarios de los informes financieros, así como por el tamaño o la naturaleza de la información errónea.
- *Objetivos de Cumplimiento*. El concepto de tolerancia al riesgo no le es aplicable. La institución cumple o no cumple las disposiciones aplicables.

6.10 La Administración también debe evaluar si las tolerancias al riesgo permiten el diseño apropiado de control interno al considerar si son consistentes con los requerimientos y las expectativas de los objetivos definidos. Como en la definición de objetivos, la Administración debe considerar las tolerancias al riesgo en el contexto de las leyes, regulaciones y normas aplicables a la institución, así como a las normas de conducta, el programa de promoción de la integridad, la estructura de supervisión, la estructura organizacional y las expectativas de competencia profesional. Si las tolerancias al riesgo para los objetivos definidos no son consistentes con estos requerimientos y expectativas, el Titular debe revisar las tolerancias al riesgo para lograr dicha consistencia.

Principio 7 – Identificar, Analizar y Responder a los Riesgos

7.01 La Administración debe identificar, analizar y responder a los riesgos relacionados con el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Puntos de Interés

Los siguientes puntos de interés contribuyen al diseño, implementación y eficacia operativa de este principio:

- Identificación de Riesgos
- Análisis de Riesgos
- Respuesta a los Riesgos

Identificación de Riesgos

7.02 La Administración debe identificar riesgos en toda la institución para proporcionar una base para analizarlos. La administración de riesgos es la identificación y análisis de riesgos asociados con el mandato institucional, su plan estratégico, los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo, el Plan Estatal de Desarrollo, los Programas Sectoriales, Especiales y demás planes y programas aplicables de acuerdo con los requerimientos y expectativas de la planeación estratégica, y de conformidad con las disposiciones jurídicas y normativas aplicables. Lo anterior forma la base que permite diseñar respuestas al riesgo.

7.03 Para identificar riesgos, la Administración debe considerar los tipos de eventos que impactan a la institución. Esto incluye tanto el riesgo inherente como el riesgo residual. El riesgo inherente es el riesgo que enfrenta la institución cuando la Administración no responde ante el riesgo. El riesgo residual es el riesgo que permanece después de la respuesta de la Administración al riesgo inherente. La falta de respuesta por parte de la Administración a ambos riesgos puede causar deficiencias graves en el control interno.

7.04 La Administración debe considerar todas las interacciones significativas dentro de la institución y con las partes externas, cambios en su ambiente interno y externo y otros factores, tanto internos como externos, para identificar riesgos en toda la institución. Los factores de riesgo interno pueden incluir la compleja naturaleza de los programas de la institución, su estructura organizacional o el uso de nueva tecnología en los procesos operativos. Los factores de riesgo externo pueden incluir leyes, regulaciones o normas profesionales nuevas o reformadas, inestabilidad económica o desastres naturales potenciales. La Administración debe considerar esos factores tanto a nivel institución como a nivel de transacciones a fin de identificar de manera completa los riesgos que afectan el logro de los objetivos.

Los métodos de identificación de riesgos pueden incluir una priorización cualitativa y cuantitativa de actividades, previsiones y planeación estratégica, así como la consideración de las deficiencias identificadas a través de auditorías y otras evaluaciones.

Análisis de Riesgos

7.05 La Administración debe analizar los riesgos identificados para estimar su relevancia, lo cual provee la base para responder a éstos. La relevancia se refiere al efecto sobre el logro de los objetivos.

7.06 La Administración debe estimar la relevancia de los riesgos identificados para evaluar su efecto sobre el logro de los objetivos, tanto a nivel institución como a nivel transacción. La Administración debe estimar la importancia de un riesgo al considerar la magnitud del impacto, la probabilidad de ocurrencia y la naturaleza de riesgo. La magnitud de impacto se refiere a la grado probable de deficiencia que podría resultar de la materialización de un riesgo y es afectada por factores tales como el tamaño, la frecuencia y la duración del impacto del riesgo. La probabilidad de ocurrencia se refiere a la posibilidad de que un riesgo se materialice. La naturaleza del riesgo involucra factores tales como el grado de subjetividad involucrado con el riesgo y la posibilidad de surgimiento de riesgos causados por corrupción, fraude, abuso, desperdicio y otras irregularidades o por transacciones complejas e inusuales. El Órgano de Gobierno, en su caso, o el Titular, podrá revisar las estimaciones sobre la relevancia realizadas por la Administración, a fin de asegurar que las tolerancias al riesgo fueron definidas adecuadamente.

7.07 Los riesgos pueden ser analizados sobre bases individuales o agrupados dentro de categorías de riesgos asociados, los cuales son analizados de manera colectiva. Independientemente de si los riesgos son analizados de forma individual o agrupada, la Administración debe considerar la correlación entre los distintos riesgos o grupos de riesgos al estimar su relevancia. La metodología específica de análisis de riesgos utilizada puede variar según la institución, su mandato y misión, y la dificultad para definir, cualitativa y cuantitativamente, las tolerancias al riesgo.

Respuesta a los Riesgos

7.08 La Administración debe diseñar respuestas a los riesgos analizados de tal modo que éstos se encuentren dentro de la tolerancia definida para los objetivos. La Administración debe diseñar todas las respuestas al riesgo con base en la relevancia del riesgo y la tolerancia establecida. Estas respuestas al riesgo pueden incluir:

- Aceptar. Ninguna acción es tomada para responder al riesgo con base en su importancia.
- Evitar. Se toman acciones para detener el proceso operativo o la parte que origina el riesgo.
- Mitigar. Se toman acciones para reducir la probabilidad / posibilidad de ocurrencia o la magnitud del riesgo.
- Compartir. Se toman acciones para compartir riesgos institucionales con partes externas, como la contratación de pólizas de seguros.

7.09 Con base en la respuesta al riesgo seleccionada, la Administración debe diseñar acciones específicas de atención. La naturaleza y alcance de las acciones de la respuesta a los riesgos depende de la tolerancia al riesgo definida. Operar dentro de una tolerancia definida provee mayor garantía de que la institución alcanzará sus objetivos. Los indicadores del desempeño son usados para evaluar si las acciones de respuesta al riesgo permiten a la institución operar dentro de las tolerancias definidas. Cuando las acciones de respuesta al riesgo no permiten a la institución operar dentro de las tolerancias al riesgo definidas, la Administración debe revisar las respuestas al riesgo y/o reconsiderar las tolerancias al riesgo definidas. La Administración debe efectuar evaluaciones periódicas de riesgos con el fin de asegurar la efectividad de las acciones de respuesta.

Principio 8 – Considerar el Riesgo de Corrupción

8.01 La Administración, con el apoyo, en su caso, de las unidades especializadas (por ejemplo, Comité de Ética, Comité de Riesgos, Comité de Cumplimiento, etc.), debe considerar la probabilidad de ocurrencia de actos corruptos, fraudes, abuso, desperdicio y otras irregularidades que atentan contra la apropiada salvaguarda de los bienes y recursos públicos al identificar, analizar y responder a los riesgos.

La corrupción, por lo general, implica la obtención ilícita por parte de un servidor público de algo de valor, a cambio de la realización de una acción ilícita o contraria a la integridad.

La Administración, así como todo el personal en sus respectivos ámbitos de competencia, deben considerar el riesgo potencial de actos corruptos y contrarios a la integridad en todos los procesos que realicen, incluyendo los más susceptibles como son ingresos, adquisiciones, obra pública, remuneraciones, entre otros, e informar oportunamente a la Administración y al Órgano de Gobierno, en su caso, o el Titular sobre la presencia de dichos riesgos.

El programa de promoción de la integridad debe considerar la administración de riesgos de corrupción permanente en la institución, así como los mecanismos para que cualquier servidor público o tercero pueda informar de manera confidencial y anónima sobre la incidencia de actos corruptos probables u ocurridos dentro de la institución. La Administración es responsable de que dichas denuncias sean investigadas oportunamente y, en su caso, se corrijan las fallas que dieron lugar a la presencia del riesgo de corrupción. El Órgano de Gobierno, en su caso, o el Titular debe evaluar la aplicación efectiva del programa de promoción de la integridad por parte de la Administración, incluyendo si el mecanismo de denuncias anónimas es eficaz, oportuno y apropiado, y debe permitir la corrección efectivamente las deficiencias en los procesos que permiten la posible materialización de actos corruptos u otras irregularidades que atentan contra la salvaguarda de los recursos públicos y la apropiada actuación de los servidores públicos.

Puntos de Interés

Los siguientes puntos de interés contribuyen al diseño, implementación y eficacia operativa de este principio:

- Tipos de Corrupción
- Factores de Riesgo de Corrupción
- Respuesta a los Riesgos de Corrupción

Tipos de Corrupción

8.02 La Administración debe considerar los tipos de corrupción que pueden ocurrir en la institución, para proporcionar una base para la identificación de estos riesgos. Entre los tipos de corrupción más comunes se encuentran:

- *Informes Financieros Fraudulentos.* Consistentes en errores intencionales u omisiones de cantidades o revelaciones en los estados financieros para engañar a los usuarios de los estados financieros. Esto podría incluir la alteración intencional de los registros contables, la tergiversación de las transacciones o la aplicación indebida y deliberada de los principios y disposiciones de contabilidad.

- *Apropiación indebida de activos.* Entendida como el robo de activos de la institución. Esto podría incluir el robo de la propiedad, la malversación de los ingresos o pagos fraudulentos.

- *Conflicto de intereses.* Que implica la intervención, por motivo del encargo del servidor público, en la atención, tramitación o resolución de asuntos en los que tenga interés personal, familiar o de negocios.

- Utilización de los recursos asignados y las facultades atribuidas para fines distintos a los legales.

- Pretensión del servidor público de obtener beneficios adicionales a las contraprestaciones comprobables que el Estado le otorga por el desempeño de su función.

- Participación indebida del servidor público en la selección, nombramiento, designación, contratación, promoción, suspensión, remoción, cese, rescisión del contrato o sanción de cualquier servidor público, cuando tenga interés personal, familiar o de negocios en el caso, o pueda derivar alguna ventaja o beneficio para él o para un tercero.

- Aprovechamiento del cargo o comisión del servidor público para inducir a que otro servidor público o tercero efectúe, retrase u omita realizar algún acto de su competencia, que le reporte cualquier beneficio, provecho o ventaja indebida para sí o para un tercero.

- Coalición con otros servidores públicos o terceros para obtener ventajas o ganancias ilícitas.

- Intimidación del servidor público o extorsión para presionar a otro a realizar actividades ilegales o ilícitas.
- Tráfico de influencias

- Enriquecimiento ilícito

- Peculado

8.03 Además de la corrupción, la Administración debe considerar que pueden ocurrir otras transgresiones a la integridad, por ejemplo: el desperdicio o el abuso. El desperdicio es el acto de usar o gastar recursos de manera exagerada, extravagante o sin propósito. El abuso involucra un comportamiento deficiente o impropio, contrario al comportamiento que un servidor público prudente podría considerar como una práctica operativa razonable y necesaria, dados los hechos y circunstancias. Esto incluye el abuso de autoridad o el uso del cargo para la obtención de un beneficio ilícito para sí o para un tercero.

Factores de Riesgo de Corrupción

8.04 La Administración debe considerar los factores de riesgo de corrupción, fraude, abuso, desperdicio y otras irregularidades. Estos factores no implican necesariamente la existencia de un acto corrupto o fraude, pero están usualmente presentes cuando éstos ocurren. Este tipo de factores incluyen:

- *Incentivos / Presiones.* La Administración y el resto del personal tienen un incentivo o están bajo presión, lo cual provee un motivo para cometer actos de corrupción o fraudes.

- *Oportunidad.* Existen circunstancias, como la ausencia de controles, controles inefectivos o la capacidad de determinados servidores públicos para eludir controles en razón de su posición en la institución, las cuales proveen una oportunidad para la comisión de actos corruptos o fraudes.

- *Actitud / Racionalización.* El personal involucrado es capaz de justificar la comisión de actos corruptos, fraudes y otras irregularidades. Algunos servidores públicos poseen una actitud, carácter o valores éticos que les permiten efectuar intencionalmente un acto corrupto o deshonesto.

8.05 La Administración debe utilizar los factores de riesgo para identificar los riesgos de corrupción, fraude, abuso, desperdicio y otras irregularidades. Si bien, el riesgo de corrupción puede ser mayor cuando los tres factores de riesgo están presentes, uno o más de estos factores

podrían indicar un riesgo de corrupción. También se debe utilizar la información provista por partes internas y externas para identificar los riesgos de corrupción, fraude, abuso, desperdicio y otras irregularidades. Lo anterior incluye quejas, denuncias o sospechas de este tipo de irregularidades, reportadas por los auditores internos, el personal de la institución o las partes externas que interactúan con la institución, entre otros.

Respuesta a los Riesgos de Corrupción

8.06 La Administración debe analizar y responder a los riesgos de corrupción, fraude, abuso, desperdicio y otras irregularidades identificadas a fin de que sean efectivamente mitigados. Estos riesgos son analizados mediante el mismo proceso de análisis de riesgos efectuado para todos los demás riesgos identificados. La Administración debe analizar los riesgos de corrupción, fraude, abuso, desperdicio y otras irregularidades identificados mediante la estimación de su relevancia, tanto individual como en su conjunto, para evaluar su efecto en el logro de los objetivos. Como parte del análisis de riesgos, también se debe evaluar el riesgo de que la Administración eluda los controles. El Órgano de Gobierno, en su caso, o el Titular debe revisar que las evaluaciones y la administración del riesgo de corrupción, fraude, abuso, desperdicio y otras irregularidades efectuadas por la propia Administración, son apropiadas, así como el riesgo de que el Titular o la Administración eluda los controles.

8.07 La Administración debe responder a los riesgos de corrupción, fraude, abuso, desperdicio y otras irregularidades mediante el mismo proceso de respuesta desarrollado para todos los riesgos institucionales analizados. La Administración debe diseñar una respuesta general al riesgo y acciones específicas para atender este tipo irregularidades. Esto posibilita la implementación de controles anti-corrupción en la institución. Dichos controles pueden incluir la reorganización de ciertas operaciones y la reasignación de puestos entre el personal para mejorar la segregación de funciones. Además de responder a los riesgos de corrupción, fraude, abuso, desperdicio y otras irregularidades, la Administración debe desarrollar respuestas más avanzadas para identificar los riesgos relativos a que el Titular y personal de la Administración eludan los controles. Adicionalmente, cuando la corrupción, fraude, abuso, desperdicio u otras irregularidades han sido detectadas, es necesario revisar el proceso de administración de riesgos.

A los riesgos de corrupción, fraude, abuso, desperdicio y otras irregularidades no les es aplicable el concepto de tolerancia al riesgo, ya que la incidencia de un acto corrupto implica necesariamente una deficiencia en los objetivos de cumplimiento legal. Para los objetivos de cumplimiento, la tolerancia al riesgo es cero (véase el numeral 6.09 de este Marco).

Principio 9 – Identificar, Analizar y Responder al Cambio

9.01 La Administración debe identificar, analizar y responder a los cambios significativos que puedan impactar el control interno.

Puntos de Interés

Los siguientes puntos de interés contribuyen al diseño, implementación y eficacia operativa de este principio:

- Identificación del Cambio
- Análisis y Respuesta al Cambio

Identificación del Cambio

9.02 Como parte de la administración de riesgos o un proceso similar, la Administración debe identificar cambios que puedan impactar significativamente al control interno. La identificación, análisis y respuesta al cambio es parte del proceso regular de administración de riesgos. Sin embargo, el cambio debe ser discutido de manera separada, porque es crítico para un control interno apropiado y eficaz, y puede ser usualmente pasado por alto o tratado inadecuadamente en el curso normal de las operaciones.

9.03 Las condiciones que afectan a la institución y su ambiente continuamente cambian. La Administración debe prevenir y planear acciones ante cambios significativos al usar un proceso prospectivo de identificación del cambio. Asimismo, debe identificar, de manera oportuna, los cambios significativos en las condiciones internas y externas que se han producido o que se espera que se produzcan. Los cambios en las condiciones internas incluyen modificaciones a los programas o actividades institucionales, la función de supervisión, la estructura organizacional, el personal y la tecnología. Los cambios en las condiciones externas incluyen cambios en los entornos gubernamentales, económicos, tecnológicos, legales, regulatorios y físicos. Los cambios significativos identificados deben ser comunicados al personal adecuado de la institución mediante las líneas de reporte y autoridad establecidas.
Análisis y Respuesta al Cambio

9.04 Como parte de la administración de riesgos, la Administración debe analizar y responder a los cambios identificados y a los riesgos asociados con éstos, con el propósito de mantener un control interno apropiado. Los cambios en las condiciones que afectan a la institución y su ambiente usualmente requieren cambios en el control interno, ya que pueden generar que los controles se vuelvan ineficaces o insuficientes para alcanzar los objetivos institucionales. La Administración debe analizar y responder oportunamente al efecto de los cambios identificados en el control interno, mediante su revisión oportuna para asegurar que es apropiado y eficaz.

9.05 Además, las condiciones cambiantes usualmente generan nuevos riesgos o cambios a los riesgos existentes, los cuales deben ser evaluados. Como parte del análisis y respuesta al cambio, la Administración debe desarrollar una evaluación de los riesgos para identificar, analizar y responder a cualquier riesgo causado por estos cambios. Adicionalmente, los riesgos existentes podrían requerir una evaluación más profunda, para determinar si las tolerancias y las respuestas al riesgo definidas previamente a los cambios necesitan ser replanteadas.

Actividades de Control

Son las acciones que establece la Administración mediante políticas y procedimientos para alcanzar los objetivos y responder a los riesgos en el control interno, lo cual incluye los sistemas de información institucional.

Principios

10. La Administración, debe diseñar, actualizar y garantizar la suficiencia e idoneidad de las actividades de control establecidas para lograr los objetivos institucionales y responder a los riesgos. En este sentido, es responsable de que existan controles apropiados para hacer frente a los riesgos que se encuentran presentes en cada uno de los procesos que realizan, incluyendo los riesgos de corrupción.

11. La Administración, debe diseñar los sistemas de información institucional y las actividades de control asociadas, a fin de alcanzar los objetivos y responder a los riesgos.

12. La Administración, debe implementar las actividades de control a través de políticas, procedimiento y otros medios de similar naturaleza, las cuales deben estar documentadas y formalmente establecidas. Asimismo, deben ser apropiadas, suficientes e idóneas para enfrentar los riesgos a los que están expuestos sus procesos.

Principio 10 – Diseñar Actividades de Control

10.01 La Administración debe diseñar, actualizar y garantizar la suficiencia e idoneidad de las actividades de control para alcanzar los objetivos institucionales y responder a los riesgos.

Puntos de Interés

Los siguientes puntos de interés contribuyen al diseño, implementación y eficacia operativa de este principio:

- Respuesta a los Objetivos y Riesgos
- Diseño de las Actividades de Control Apropiadas
- Diseño de Actividades de Control en Varios Niveles
- Segregación de Funciones

Respuesta a los Objetivos y Riesgos

10.02 La Administración debe diseñar actividades de control en respuesta a los riesgos asociados con los objetivos institucionales, a fin de alcanzar un control interno eficaz y apropiado. Estas actividades son las políticas, procedimientos, técnicas y mecanismos que hacen obligatorias las directrices de la Administración para alcanzar los objetivos e identificar los riesgos

asociados. Como parte del componente de ambiente de control, el Titular y la Administración deben definir responsabilidades, asignar puestos clave y delegar autoridad para alcanzar los objetivos. Como parte del componente de administración de riesgos, la Administración debe identificar los riesgos asociados a la institución y a sus objetivos, incluidos los servicios tercerizados, la tolerancia al riesgo y la respuesta a éste. La Administración debe diseñar las actividades de control para cumplir con las responsabilidades definidas y responder apropiadamente a los riesgos.

Diseño de Actividades de Control Apropiadas

10.03 La Administración debe diseñar las actividades de control apropiadas para el control interno, las cuales ayudan al Titular y a la Administración a cumplir con sus responsabilidades y a enfrentar apropiadamente a los riesgos identificados en el control interno. A continuación se presentan de manera enunciativa, más no limitativa, las actividades de control que pueden ser útiles para la institución:

- Revisiones por la Administración del desempeño actual.
- Revisiones por la Administración a nivel función o actividad.
- Administración del capital humano.
- Controles sobre el procesamiento de la información.
- Controles físicos sobre los activos y bienes vulnerables.
- Establecimiento y revisión de normas e indicadores de desempeño.
- Segregación de funciones.
- Ejecución apropiada de transacciones.
- Registro de transacciones con exactitud y oportunidad.
- Restricciones de acceso a recursos y registros, así como rendición de cuentas sobre éstos.
- Documentación y formalización apropiada de las transacciones y el control interno.

Revisiones por la Administración del desempeño actual

La Administración identifica los logros más importantes de la institución y los compara contra los planes, objetivos y metas establecidos.

Revisiones por la Administración a nivel de función o actividad

La Administración compara el desempeño actual contra los resultados planeados o esperados en determinadas funciones clave de la institución, y analiza las diferencias significativas.

Administración del Capital Humano

La gestión efectiva de la fuerza de trabajo de la institución, su capital humano, es esencial para alcanzar los resultados y es una parte importante del control interno. El éxito operativo sólo es posible cuando el personal adecuado para el trabajo está presente y ha sido provisto de la capacitación, las herramientas, las estructuras, los incentivos y las responsabilidades adecuadas. La Administración continuamente debe evaluar las necesidades de conocimiento, competencias y capacidades que el personal debe tener para lograr los objetivos institucionales. La capacitación debe enfocarse a desarrollar y retener al personal con los conocimientos, habilidades y capacidades para cubrir las necesidades organizacionales cambiantes. La Administración debe proporcionar supervisión calificada y continua para asegurar que los objetivos de control interno son alcanzados. Asimismo, debe diseñar evaluaciones de desempeño y retroalimentación, complementadas por un sistema de incentivos efectivo, lo cual ayuda a los empleados a entender la conexión entre su desempeño y el éxito de la institución. Como parte de la planeación del capital humano, la Administración también debe considerar de qué manera retiene a los empleados valiosos, cómo planea su eventual sucesión y cómo asegura la continuidad de las competencias, habilidades y capacidades necesarias.

Controles sobre el procesamiento de la información

Una variedad de actividades de control son utilizadas en el procesamiento de la información. Los ejemplos incluyen verificaciones sobre la edición de datos ingresados, la contabilidad de las transacciones en secuencias numéricas, la comparación de los totales de archivos con las cuentas de control y el control de acceso a los datos, archivos y programas.

Controles físicos sobre los activos y bienes vulnerables

La Administración debe establecer el control físico para asegurar y salvaguardar los bienes y activos vulnerables de la institución. Algunos ejemplos incluyen la seguridad y el acceso limitado a los activos, como el dinero, valores, inventarios y equipos que podrían ser vulnerables al riesgo de pérdida o uso no autorizado. La Administración cuenta y compara periódicamente dichos activos para controlar los registros.

Establecimiento y revisión de normas e indicadores de desempeño

La Administración debe establecer actividades para revisar los indicadores. Éstas pueden incluir comparaciones y evaluaciones que relacionan diferentes conjuntos de datos entre sí para que se puedan efectuar los análisis de relaciones y se adopten las medidas correspondientes. La Administración debe diseñar controles enfocados en validar la idoneidad e integridad de las normas e indicadores de desempeño, a nivel institución y a nivel individual.

Segregación de funciones

La Administración debe dividir o segregar las atribuciones y funciones principales entre los diferentes servidores públicos para reducir el riesgo de error, mal uso, corrupción, fraude, abuso, desperdicio y otras irregularidades. Esto incluye separar las responsabilidades para autorizar transacciones, procesarlas y registrarlas, revisar las transacciones y manejar cualquier activo relacionado, de manera que ningún servidor público controle todos los aspectos clave de una transacción o evento.

Ejecución apropiada de transacciones

Las transacciones deben ser autorizadas y ejecutadas sólo por los servidores públicos que actúan dentro del alcance de su autoridad. Éste es el principal medio para asegurarse de que sólo las transacciones válidas para el intercambio, transferencia, uso u compromiso de recursos son iniciadas o efectuadas. La Administración debe comunicar claramente las autorizaciones al personal.

Registro de transacciones con exactitud y oportunidad
La Administración debe asegurarse de que las transacciones se registran puntualmente para conservar su relevancia y valor para el control de las operaciones y la toma de decisiones. Esto se aplica a todo el proceso o ciclo de vida de una transacción o evento, desde su inicio y autorización hasta su clasificación final en los registros. Además, la Administración debe diseñar actividades de control para contribuir a asegurar que todas las transacciones son registradas de forma completa y precisa.

Restricciones de acceso a recursos y registros, así como rendición de cuentas sobre éstos

La Administración debe limitar el acceso a los recursos y registros solamente al personal autorizado; asimismo, debe asignar y mantener la responsabilidad de su custodia y uso. Se deben conciliar periódicamente los registros con los recursos para contribuir a reducir el riesgo de errores, corrupción, fraude, abuso, desperdicio, uso indebido o alteración no autorizada.

Documentación y formalización apropiada de las transacciones y el control interno

La Administración debe documentar claramente el control interno y todas las transacciones y demás eventos significativos. Asimismo, debe asegurarse de que la documentación esté disponible para su revisión. La documentación y formalización debe realizarse con base en las directrices emitidas por la Administración para tal efecto, mismas que toman la forma de políticas, guías o lineamientos administrativos o manuales de operación, ya sea en papel o en formato electrónico. La documentación formalizada y los registros deben ser administrados y conservados adecuadamente, y por los plazos mínimos que establezcan las disposiciones legales en la materia.

El control interno de la institución debe ser flexible para permitir a la Administración moldear las actividades de control a sus necesidades específicas. Las actividades de control específicas de la institución pueden ser diferentes de las que utiliza otra, como consecuencia de muchos factores, los cuales pueden incluir: riesgos concretos y específicos que enfrenta la institución; su ambiente operativo; la sensibilidad y valor de los datos incorporados a su operación cotidiana, así como los requerimientos de confiabilidad, disponibilidad y desempeño de sus sistemas.

10.04 Las actividades de control pueden ser preventivas o detectivas. La principal diferencia entre ambas reside en el momento en que ocurren. Una actividad de control preventiva se dirige a evitar que la institución falle en alcanzar un objetivo o enfrentar un riesgo. Una actividad de control detectiva descubre cuándo la institución no está alcanzando un objetivo o enfrentando un riesgo antes de que la operación concluya, y corrige

las acciones para que se alcance el objetivo o se enfrente el riesgo.

10.05 La Administración debe evaluar el propósito de las actividades de control, así como el efecto que una deficiencia tiene en el logro de los objetivos institucionales. Si tales actividades cumplen un propósito significativo o el efecto de una deficiencia en el control sería relevante para el logro de los objetivos, la Administración debe diseñar actividades de control tanto preventivas como detectivas para esa transacción, proceso, unidad administrativa o función.

10.06 Las actividades de control deben implementarse ya sea de forma automatizada o manual. Las primeras están total o parcialmente automatizadas mediante tecnologías de información; mientras que las manuales son realizadas con menor uso de las tecnologías de información. Las actividades de control automatizadas tienden a ser más confiables, ya que son menos susceptibles a errores humanos y suelen ser más eficientes. Si las operaciones en la institución descansan en tecnologías de información, la Administración debe diseñar actividades de control para asegurar que dichas tecnologías se mantienen funcionando correctamente y son apropiadas para el tamaño, características y mandato de la institución.

Diseño de Actividades de Control en Varios Niveles

10.07 La Administración debe diseñar actividades de control en los niveles adecuados de la estructura organizacional.

10.08 La Administración debe diseñar actividades de control para asegurar la adecuada cobertura de los objetivos y los riesgos en las operaciones. Los procesos operativos transforman las entradas en salidas para lograr los objetivos institucionales. La Administración debe diseñar actividades de control a nivel institución, a nivel transacción o ambos, dependiendo del nivel necesario para garantizar que la institución cumpla con sus objetivos y conduzca los riesgos relacionados.

10.09 Los controles a nivel institución son controles que tienen un efecto generalizado en el control interno y pueden relacionarse con varios componentes. Estos controles pueden incluir controles relacionados con el componente de administración de riesgos, el ambiente de control, la función de supervisión, los servicios tercerizados y la elusión de controles.

10.10 Las actividades de control a nivel transacción son acciones integradas directamente en los procesos operativos para contribuir al logro de los objetivos y enfrentar los riesgos asociados. El término "transacciones" tiende a asociarse con procesos financieros (por ejemplo, cuentas por pagar), mientras que el término "actividades" se asocia generalmente con procesos operativos o de cumplimiento. Para fines de este Marco, "transacciones" cubre ambas definiciones. La Administración debe diseñar una variedad de actividades de control de transacciones para los procesos operativos, que pueden incluir verificaciones, conciliaciones, autorizaciones y aprobaciones, controles físicos y supervisión.

10.11 Al elegir entre actividades de control a nivel institución o de transacción, la Administración debe evaluar el nivel de precisión necesario para que la institución cumpla con sus objetivos y enfrente los riesgos relacionados. Para determinar el nivel de precisión necesario para las actividades de control, la Administración debe evaluar:

- *Propósito de las actividades de control.* Cuando se trata de prevención o detección, la actividad de control es, en general, más precisa que una que solamente identifica diferencias y las explica.

- *Nivel de agregación.* Una actividad de control que se desarrolla a un nivel de mayor detalle generalmente es más precisa que la realizada a un nivel general. Por ejemplo, un análisis de las obligaciones por renglón presupuestal normalmente es más preciso que un análisis de las obligaciones totales de la institución.

- *Regularidad del control.* Una actividad de control rutinaria y consistente es generalmente más precisa que la realizada de forma esporádica.

- *Correlación con los procesos operativos pertinentes.* Una actividad de control directamente relacionada con un proceso operativo tiene generalmente mayor probabilidad de prevenir o detectar deficiencias que aquella que está relacionada sólo indirectamente.

Segregación de Funciones

10.12 La Administración debe considerar la segregación de funciones en el diseño de las responsabilidades de las actividades de control para garantizar que las funciones incompatibles sean segregadas y, cuando dicha segregación no sea práctica, debe diseñar

actividades de control alternativas para enfrentar los riesgos asociados.

10.13 La segregación de funciones contribuye a prevenir corrupción, fraudes, desperdicio y abusos en el control interno. La Administración debe considerar la necesidad de separar las actividades de control relacionadas con la autorización, custodia y registro de las operaciones para lograr una adecuada segregación de funciones. En particular, la segregación permite hacer frente al riesgo de elusión de controles. Si la Administración, tiene la posibilidad de eludir las actividades de control, dicha situación se constituye en un posible medio para la realización de actos corruptos y genera que el control interno no sea apropiado ni eficaz. La elusión de controles cuenta con mayores posibilidades de ocurrencia cuando diversas responsabilidades, incompatibles entre sí, las realiza un solo servidor público. La Administración debe abordar este riesgo a través de la segregación de funciones, pero no puede impedirlo absolutamente, debido al riesgo de colusión en el que dos o más servidores públicos se confabulan para eludirlos controles.

10.14 Si la segregación de funciones no es práctica en un proceso operativo debido a personal limitado u otros factores, la Administración debe diseñar actividades de control alternativas para enfrentar el riesgo de corrupción, fraude, desperdicio o abuso en los procesos operativos.

Principio 11 – Diseñar Actividades para los Sistemas de Información

11.01 La Administración debe diseñar los sistemas de información institucional y las actividades de control asociadas, a fin de alcanzar los objetivos y responder a los riesgos.

Puntos de Interés

Los siguientes puntos de interés contribuyen al diseño, implementación y eficacia operativa de este principio:

- Desarrollo de los Sistemas de Información
- Diseño de los Tipos de Actividades de Control Apropiadas
- Diseño de la Infraestructura de las TIC
- Diseño de la Administración de la Seguridad
- Diseño de la Adquisición, Desarrollo y Mantenimiento de las TIC

Desarrollo de los Sistemas de Información

11.02 La Administración debe desarrollar los sistemas de información de manera tal que se cumplan los objetivos institucionales y se responda apropiadamente a los riesgos asociados.

11.03 La Administración debe desarrollar los sistemas de información de la institución para obtener y procesar apropiadamente la información relativa a cada uno de los procesos operativos. Dichos sistemas contribuyen a alcanzar los objetivos institucionales y a responder a los riesgos asociados. Un sistema de información se integra por el personal, los procesos, los datos y la tecnología, organizados para obtener, comunicar o disponer de la información. Asimismo, debe representar el ciclo de vida de la información utilizada para los procesos operativos, que permita a la institución obtener, almacenar y procesar información de calidad.

Un sistema de información debe incluir tanto procesos manuales como automatizados. Los procesos automatizados se conocen comúnmente como las Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC).

Como parte del componente de ambiente de control, la Administración debe definir las responsabilidades, asignarlas a los puestos clave y delegar autoridad para lograr los objetivos. Como parte del componente de administración de riesgos, la Administración debe identificar los riesgos relacionados con la institución y sus objetivos, incluyendo los servicios tercerizados, la tolerancia al riesgo y las respuestas a éstos. La Administración debe diseñar actividades de control para cumplir con las responsabilidades definidas y generar las respuestas a los riesgos identificados en los sistemas de información.

11.04 La Administración debe desarrollar los sistemas de información y el uso de las TIC considerando las necesidades de información definidas para los procesos operativos de la institución. Las TIC permiten

que la información relacionada con los procesos operativos esté disponible de la forma más oportuna y confiable para la institución. Adicionalmente, las TIC pueden fortalecer el control interno sobre la seguridad y la confidencialidad de la información mediante una adecuada restricción de accesos. Aunque las TIC conllevan tipos específicos de actividades de control, no representan una consideración de control "independiente", sino que son parte integral de la mayoría de las actividades de control.

11.05 La Administración también debe evaluar los objetivos de procesamiento de información para satisfacer las necesidades de información definidas. Los objetivos de procesamiento de información pueden incluir:

- Integridad. Se encuentran presentes todas las transacciones que deben estar en los registros.
- Exactitud. Las transacciones se registran por el importe correcto, en la cuenta correcta, y de manera oportuna en cada etapa del proceso.
- Validez. Las transacciones registradas representan eventos económicos que realmente ocurrieron y fueron ejecutados conforme a los procedimientos establecidos.

Diseño de los Tipos de Actividades de Control Apropiadas

11.06 La Administración debe diseñar actividades de control apropiados en los sistemas información para garantizar la cobertura de los objetivos de procesamiento de la información en los procesos operativos. En los sistemas de información, existen dos tipos principales de actividades de control: generales y de aplicación.

11.07 Los controles generales (a nivel institución, de sistemas y de aplicaciones) son las políticas y procedimientos que se aplican a la totalidad o a un segmento de los sistemas de información. Los controles generales fomentan el buen funcionamiento de los sistemas de información mediante la creación de un entorno apropiado para el correcto funcionamiento de los controles de aplicación. Los controles generales deben incluir la administración de la seguridad, acceso lógico y físico, administración de la configuración, segregación de funciones, planes de continuidad y planes de recuperación de desastres, entre otros.

11.08 Los controles de aplicación, a veces llamados controles de procesos de operación, son los controles que se incorporan directamente en las aplicaciones informáticas para contribuir a asegurar la validez, integridad, exactitud y confidencialidad de las transacciones y los datos durante el proceso de las aplicaciones. Los controles de aplicación deben incluir las entradas, el procesamiento, las salidas, los archivos maestros, las interfaces y los controles para los sistemas de administración de datos, entre otros.

Diseño de la Infraestructura de las TIC

11.09 La Administración debe diseñar las actividades de control sobre la infraestructura de las TIC para soportar la integridad, exactitud y validez del procesamiento de la información mediante el uso de TIC. Las TIC requieren de una infraestructura para operar, incluyendo las redes de comunicación para vincularlas, los recursos informáticos para las aplicaciones y la electricidad. La infraestructura de TIC de la institución puede ser compleja y puede ser compartida por diferentes unidades dentro de la misma o tercerizada. La Administración debe evaluar los objetivos de la institución y los riesgos asociados al diseño de las actividades de control sobre la infraestructura de las TIC.

11.10 La Administración debe mantener la evaluación de los cambios en el uso de las TIC y debe diseñar nuevas actividades de control cuando estos cambios se incorporan en la infraestructura de las TIC. La administración también debe diseñar actividades de control necesarias para mantener la infraestructura de las TIC. El mantenimiento de la tecnología debe incluir los procedimientos de respaldo y recuperación, así como la continuidad de los planes de operación, en función de los riesgos y las consecuencias de una interrupción total o parcial de los sistemas de energía, entre otros.

Diseño de la Administración de la Seguridad

11.11 La Administración debe diseñar actividades de control para la gestión de la seguridad sobre los sistemas de información con el fin de garantizar el acceso adecuado, de fuentes internas y externas a éstos. Los objetivos para la gestión de la seguridad deben incluir la confidencialidad, la integridad y la disponibilidad. La confidencialidad significa que los datos, informes y demás salidas están protegidos contra el acceso

no autorizado. Integridad significa que la información es protegida contra su modificación o destrucción indebida, incluidos la irrefutabilidad y autenticidad de la información. Disponibilidad significa que los datos, informes y demás información pertinente se encuentra lista y accesible para los usuarios cuando sea necesario.

11.12 La gestión de la seguridad debe incluir los procesos de información y las actividades de control relacionadas con los permisos de acceso a las TIC, incluyendo quién tiene la capacidad de ejecutar transacciones. La gestión de la seguridad debe incluir los permisos de acceso a través de varios niveles de datos, el sistema operativo (software del sistema), la red de comunicación, aplicaciones y segmentos físicos, entre otros. La Administración debe diseñar las actividades de control sobre permisos para proteger a la institución del acceso inapropiado y el uso no autorizado del sistema. Estas actividades de control apoyan la adecuada segregación de funciones. Mediante la prevención del uso no autorizado y la realización de cambios al sistema, los datos y la integridad de los programas están protegidos contra errores y acciones mal intencionadas (por ejemplo, que personal no autorizado irrumpa en la tecnología para cometer actos de corrupción, fraude o vandalismo).

11.13 La Administración debe evaluar las amenazas de seguridad a las TIC, tanto de fuentes internas como externas. Las amenazas externas son especialmente importantes para las instituciones que dependen de las redes de telecomunicaciones e Internet. Este tipo de amenazas se han vuelto frecuentes en el entorno institucional y empresarial altamente interconectado de hoy, y requiere un esfuerzo continuo para enfrentar estos riesgos. Las amenazas internas pueden provenir de exempleados o empleados descontentos, quienes plantean riesgos únicos, ya que pueden ser a la vez motivados para actuar en contra de la institución y están mejor preparados para tener éxito en la realización de un acto malicioso, al tener la posibilidad de un mayor acceso y el conocimiento sobre los sistemas de administración de la seguridad de la institución y sus procesos.

11.14 La Administración debe diseñar actividades de control para limitar el acceso de los usuarios a las TIC a través de controles como la asignación de claves de acceso y dispositivos de seguridad para autorización de usuarios. Estas actividades de control deben restringir a los usuarios autorizados el uso de las aplicaciones o funciones acordes con sus responsabilidades asignadas; asimismo, la Administración debe promover la adecuada segregación de funciones.

La Administración debe diseñar otras actividades de control para actualizar los derechos de acceso, cuando los empleados cambian de funciones o dejan de formar parte de la institución. También debe diseñar controles de derechos de acceso cuando los diferentes elementos de las TIC están conectados entre sí.

Diseño de la Adquisición, Desarrollo y Mantenimiento de las TIC

11.15 La Administración debe diseñar las actividades de control para la adquisición, desarrollo y mantenimiento de las TIC. La Administración puede utilizar un modelo de Ciclo de Vida del Desarrollo de Sistemas (CVDS) en el diseño de las actividades de control. El CVDS proporciona una estructura para un nuevo diseño de las TIC al esbozar las fases específicas y documentar los requisitos, aprobaciones y puntos de revisión dentro de las actividades de control sobre la adquisición, desarrollo y mantenimiento de la tecnología. A través del CVDS, la Administración debe diseñar las actividades de control sobre los cambios en la tecnología. Esto puede implicar el requerimiento de autorización para realizar solicitudes de cambio, la revisión de los cambios, las aprobaciones correspondientes y los resultados de las pruebas, así como el diseño de protocolos para determinar si los cambios se han realizado correctamente. Dependiendo del tamaño y complejidad de la institución, el desarrollo y los cambios en las TIC pueden ser incluidos en el CVDS o en metodologías distintas. La Administración debe evaluar los objetivos y los riesgos de las nuevas tecnologías en el diseño de las actividades de control sobre el CVDS.

11.16 La Administración puede adquirir software de TIC, por lo que debe incorporar metodologías para esta acción y debe diseñar actividades de control sobre su selección, desarrollo continuo y mantenimiento. Las actividades de control sobre el desarrollo, mantenimiento y cambio en el software de aplicaciones previenen la existencia de programas o modificaciones no autorizados.

11.17 Otra alternativa es la contratación de servicios tercerizados para el desarrollo de las TIC. En cuanto a un CVDS desarrollado internamente, la Administración debe diseñar actividades de control para lograr los objetivos y enfrentar los riesgos relacionados. La Administración también debe evaluar los riesgos que la utilización de servicios tercerizados representa para la integridad, exactitud y validez de la información presentada a los servicios tercerizados y ofrecida por éstos.

La Administración debe documentar y formalizar el análisis y definición, respecto del desarrollo de sistemas automatizados, la adquisición de tecnología, el soporte y las instalaciones físicas, previo a la selección de proveedores que reúnan requisitos y cumplan los criterios en materia de TIC. Asimismo, debe supervisar, continua y exhaustivamente, los desarrollos contratados y el desempeño de la tecnología adquirida, a efecto de asegurar que los entregables se proporcionen en tiempo y los resultados correspondan a lo planeado.

Principio 12 – Implementar Actividades de Control

12.01 La Administración debe implementar las actividades de control a través de políticas, procedimientos y otros medios de similar naturaleza.

Puntos de Interés

Los siguientes puntos de interés contribuyen al diseño, implementación y eficacia operativa de este principio:

- Documentación y Formalización de Responsabilidades a través de Políticas
- Revisiones Periódicas a las Actividades de Control

Documentación y Formalización de Responsabilidades a través de Políticas

12.02 La Administración debe documentar, a través de políticas, manuales, lineamientos y otros documentos de naturaleza similar las responsabilidades de control interno en la institución.

12.03 La Administración debe documentar mediante políticas para cada unidad su responsabilidad sobre el cumplimiento de los objetivos de los procesos, de sus riesgos asociados, del diseño de actividades de control, de la implementación de los controles y de su eficacia operativa. Cada unidad determina el número de las políticas necesarias para el proceso operativo que realiza, basándose en los objetivos y los riesgos relacionados a éstos, con la orientación de la Administración. Cada unidad también debe documentar las políticas con un nivel eficaz, apropiado y suficiente de detalle para permitir a la Administración la supervisión apropiada de las actividades de control.

12.04 El personal de las unidades que ocupa puestos clave puede definir con mayor amplitud las políticas a través de los procedimientos del día a día, dependiendo de la frecuencia del cambio en el entorno operativo y la complejidad del proceso operativo. Los procedimientos pueden incluir el periodo de ocurrencia de la actividad de control y las acciones correctivas de seguimiento a realizar por el personal competente en caso de detectar deficiencias. La Administración debe comunicar al personal las políticas y procedimientos para que éste pueda implementar las actividades de control respecto de las responsabilidades que tiene asignadas.

Revisiones Periódicas a las Actividades de Control

12.05 La Administración debe revisar periódicamente las políticas, procedimientos y actividades de control asociadas para mantener la relevancia y eficacia en el logro de los objetivos o en el enfrentamiento de sus riesgos. Si se genera un cambio significativo en los procesos de la institución, la Administración debe revisar este proceso de manera oportuna, para garantizar que las actividades de control están diseñadas e implementadas adecuadamente. Pueden ocurrir cambios en el personal, los procesos operativos o las tecnologías de información. Las diversas instancias legislativas gubernamentales, en sus ámbitos de competencia, así como otros órganos reguladores también pueden emitir disposiciones y generar cambios que impacten los objetivos institucionales o la manera en que la institución logra un objetivo. La Administración debe considerar estos cambios en sus revisiones periódicas.

Información y Comunicación

La Administración utiliza información de calidad para respaldar el control interno. La información y comunicación eficaces son vitales para la consecución de los objetivos institucionales. La Administración requiere tener acceso a comunicaciones relevantes y confiables en relación con los eventos internos y externos.

Principios

13. La Administración, debe implementar los medios que permitan a las unidades administrativas generar y utilizar información pertinente y de calidad para la consecución de los objetivos institucionales.

14. La Administración, es responsable de que las unidades administrativas comuniquen internamente, por los canales apropiados y de conformidad con las disposiciones aplicables, la información de calidad necesaria para contribuir a la consecución de los objetivos institucionales.

15. La Administración, es responsable de que las unidades administrativas comuniquen externamente, por los canales apropiados y de conformidad con las disposiciones aplicables, la información de calidad necesaria para contribuir a la consecución de los objetivos institucionales.

Principio 13 – Usar Información de Calidad

13.01 La Administración debe utilizar información de calidad para la consecución de los objetivos institucionales.

Puntos de Interés

Los siguientes puntos de interés contribuyen al diseño, implementación y eficacia operativa de este principio:

- Identificación de los Requerimientos de Información
- Datos Relevantes de Fuentes Confiables
- Datos Procesados en Información de Calidad

Identificación de los Requerimientos de Información

13.02 La Administración debe diseñar un proceso que considere los objetivos institucionales y los riesgos asociados a éstos, para identificar los requerimientos de información necesarios para alcanzarlos y enfrentarlos, respectivamente. Estos requerimientos deben considerar las expectativas de los usuarios internos y externos. La Administración debe definir los requisitos de información con puntualidad suficiente y apropiada, así como con la especificidad requerida para el personal pertinente.

13.03 La Administración debe identificar los requerimientos de información en un proceso continuo que se desarrolla en todo el control interno. Conforme ocurre un cambio en la institución, en sus objetivos y riesgos, la Administración debe modificar los requisitos de información según sea necesario para cumplir con los objetivos y hacer frente a los riesgos modificados.

Datos Relevantes de Fuentes Confiables

13.04 La Administración debe obtener datos relevantes de fuentes confiables tanto internas como externas, de manera oportuna, y en función de los requisitos de información identificados y establecidos. Los datos relevantes tienen una conexión lógica con los requisitos de información identificados y establecidos. Las fuentes

internas y externas confiables proporcionan datos que son razonablemente libres de errores y sesgos. La Administración debe evaluar los datos provenientes de fuentes internas y externas, para asegurarse de que son confiables. Las fuentes de información pueden relacionarse con objetivos operativos, financieros o de cumplimiento. La Administración debe obtener los datos en forma oportuna con el fin de que puedan ser utilizados de manera apropiada. Su utilización debe ser supervisada.

Datos Procesados en Información de Calidad

13.05 La Administración debe procesar los datos obtenidos y transformarlos en información de calidad que apoye al control interno. Esto implica procesarla para asegurar que se trata de información de calidad. La calidad de la información se logra utilizar datos de fuentes confiables. La información de calidad debe ser apropiada, veraz, completa, exacta, accesible y proporcionada de manera oportuna. La Administración debe considerar estas características, así como los objetivos de procesamiento, al evaluar la información procesada; también debe efectuar revisiones cuando sea necesario, a fin de garantizar que la información es de calidad. La Administración debe utilizar información de calidad para tomar decisiones informadas y evaluar el desempeño institucional en cuanto al logro de sus objetivos clave y el enfrentamiento de sus riesgos asociados.

13.06 La Administración debe procesar datos relevantes a partir de fuentes confiables y transformarlos en información de calidad dentro de los sistemas de información de la institución. Un sistema de información se encuentra conformado por el personal, los procesos, los datos y la tecnología utilizada, organizados para obtener, comunicar o disponer de la información.

Principio 14 – Comunicar Internamente

14.01 La Administración debe comunicar internamente la información de calidad necesaria para la consecución de los objetivos institucionales.

Puntos de Interés

Los siguientes puntos de interés contribuyen al diseño, implementación y eficacia operativa de este principio:

- Comunicación en Toda la Institución
- Métodos Apropiados de Comunicación

Comunicación en Toda la Institución

14.02 La Administración debe comunicar información de calidad en toda la institución utilizando las líneas de reporte y autoridad establecidas. Tal información debe comunicarse hacia abajo, lateralmente y hacia arriba, mediante líneas de reporte, es decir, en todos los niveles de la institución.

14.03 La Administración debe comunicar información de calidad hacia abajo y lateralmente a través de las líneas de reporte y autoridad para permitir que el personal desempeñe funciones clave en la consecución de objetivos, enfrentamiento de riesgos, prevención de la corrupción y apoyo al control interno. En estas comunicaciones, la Administración debe asignar responsabilidades de control interno para las funciones clave.

14.04 La Administración debe recibir información de calidad sobre los procesos operativos de la institución, la cual fluye por las líneas de reporte y autoridad apropiadas para que el personal apoye a la Administración en la consecución de los objetivos institucionales.

14.05 El Órgano de Gobierno, en su caso, o el Titular debe recibir información de calidad que fluya hacia arriba por las líneas de reporte, proveniente de la Administración y demás personal. La información relacionada con el control interno que es comunicada al Órgano de Gobierno o Titular, debe incluir asuntos importantes acerca de la adhesión, cambios o asuntos emergentes en materia de control interno. La comunicación ascendente es necesaria para la vigilancia efectiva del control interno.

14.06 Cuando las líneas de reporte directas se ven comprometidas, el personal utiliza líneas separadas para comunicarse de manera ascendente. Las disposiciones jurídicas y normativas, así como las mejores prácticas internacionales, pueden requerir a las instituciones establecer líneas de comunicación separadas, como líneas éticas de denuncia, para la comunicación de información confidencial o sensible. La Administración debe informar a los empleados sobre estas líneas separadas, la manera en que funcionan, cómo utilizarlas y cómo se mantendrá la confidencialidad de la información y, en su caso, el anonimato de quienes aporten información.

Métodos Apropiados de Comunicación

14.07 La Administración debe seleccionar métodos apropiados para comunicarse internamente. Asimismo, debe considerar una serie de factores en la selección de los métodos apropiados de comunicación, entre los que se encuentran:

- *Audiencia.* Los destinatarios de la comunicación.
- *Naturaleza de la información.* El propósito y el tipo de información que se comunica.
- *Disponibilidad.* La información está a disposición de los diversos interesados cuando es necesaria.
- *Costo.* Los recursos utilizados para comunicar la información.
- *Los requisitos legales o reglamentarios.* Los mandatos contenidos en las leyes y regulaciones que pueden impactar la comunicación.

14.08 Con base en la consideración de los factores, la Administración debe seleccionar métodos de comunicación apropiados, como documentos escritos, ya sea en papel o en formato electrónico, o reuniones con el personal. Asimismo, debe evaluar periódicamente los métodos de comunicación de la institución para asegurar que cuenta con las herramientas adecuadas para comunicar internamente información de calidad de manera oportuna.

Principio 15 – Comunicar Externamente

15.01 La institución debe comunicar externamente la información de calidad necesaria para la consecución de los objetivos institucionales.

Puntos de Interés

Los siguientes puntos de interés contribuyen al diseño, implementación y eficacia operativa de este principio:

- Comunicación con Partes Externas
- Métodos Apropiados de Comunicación

Comunicación con Partes Externas

15.02 La Administración debe comunicar a las partes externas, y obtener de éstas, información de calidad, utilizando las líneas de reporte establecidas. Las líneas abiertas y bidireccionales de reporte con partes externas permiten esta comunicación. Las partes externas incluyen, entre otros, a los proveedores, contratistas, servicios tercerizados, reguladores, auditores externos, instituciones gubernamentales y el público en general.

15.03 La Administración debe comunicar información de calidad externamente a través de las líneas de reporte. De ese modo, las partes externas pueden contribuir a la consecución de los objetivos institucionales y a enfrentar sus riesgos asociados. La Administración debe incluir en esta información la comunicación relativa a los eventos y actividades que impactan el control interno.

15.04 La Administración debe recibir información de partes externas a través de las líneas de reporte establecidas y autorizadas. La información comunicada a la Administración debe incluir los asuntos significativos relativos a los riesgos, cambios o problemas que afectan al control interno, entre otros. Esta comunicación es necesaria para el funcionamiento eficaz y apropiado del control interno. La Administración debe evaluar la información externa recibida contra las características de la información de calidad y los objetivos del procesamiento de la información; en su caso, debe tomar acciones para asegurar que la información recibida sea de calidad.

15.05 El Órgano de Gobierno, en su caso, o el Titular debe recibir información de partes externas a través de líneas las de reporte establecidas y autorizadas. La información comunicada al Órgano de Gobierno o al Titular, debe incluir asuntos importantes relacionados con los riesgos, cambios o problemas que impactan al control interno, entre otros. Esta comunicación es necesaria para la vigilancia eficaz y apropiada del control interno.

15.06 Cuando las líneas de reporte directas se ven comprometidas, las partes externas utilizan líneas separadas para comunicarse con la institución. Las disposiciones jurídicas y normativas, así como las mejores prácticas internacionales pueden requerir a las instituciones establecer líneas separadas de comunicación, como líneas éticas de denuncia,

para comunicar información confidencial o sensible. La Administración debe informar a las partes externas sobre estas líneas separadas, la manera en que funcionan, cómo utilizarlas y cómo se mantendrá la confidencialidad de la información y, en su caso, el anonimato de quienes aporten información.
Métodos Apropiados de Comunicación

15.07 La Administración debe seleccionar métodos apropiados para comunicarse externamente. Asimismo, debe considerar una serie de factores en la selección de métodos apropiados de comunicación, entre los que se encuentran:

- *Audiencia*. Los destinatarios de la comunicación.
- *Naturaleza de la información*. El propósito y el tipo de información que se comunica
- *Disponibilidad*. La información está a disposición de los diversos interesados cuando es necesaria.
- *Costo*. Los recursos utilizados para comunicar la información.
- *Los requisitos legales o reglamentarios*. Los mandatos contenidos en las leyes y regulaciones que pueden impactar la comunicación.

15.08 Con base en la consideración de los factores, la Administración debe seleccionar métodos de comunicación apropiados, como documentos escritos, ya sea en papel o formato electrónico, o reuniones con el personal. De igual manera, debe evaluar periódicamente los métodos de comunicación de la institución para asegurar que cuenta con las herramientas adecuadas para comunicar externamente información de calidad de manera oportuna.

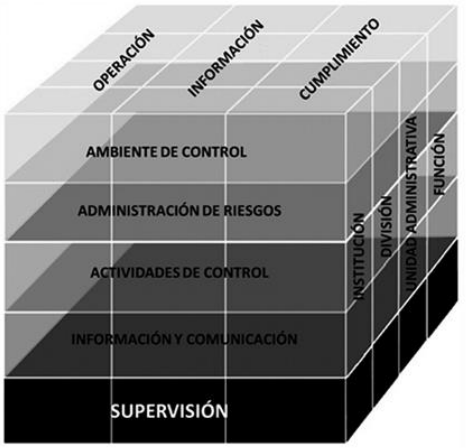
15.09 Las instituciones del sector público, de acuerdo con el Poder al que pertenezcan y el orden de gobierno en el que se encuadren, deben comunicar sobre su desempeño a distintas instancias y autoridades, de acuerdo con las disposiciones aplicables. De manera adicional, todas las instituciones gubernamentales deben rendir cuentas a la ciudadanía sobre su actuación y desempeño. La Administración debe tener en cuenta los métodos apropiados para comunicarse con una audiencia tan amplia.

Supervisión

Finalmente, dado que el control interno es un proceso dinámico que tiene que adaptarse continuamente a los riesgos y cambios a los que se enfrenta la institución, la supervisión del control interno es esencial para contribuir a asegurar que el control interno se mantiene alineado con los objetivos institucionales, el entorno operativo, las disposiciones jurídicas aplicables, los recursos asignados y los riesgos asociados al cumplimiento de los objetivos, todos ellos en constante cambio. La supervisión del control interno permite evaluar la calidad del desempeño en el tiempo y asegura que los resultados de las auditorías y de otras revisiones se atiendan con prontitud. Las acciones correctivas son un complemento necesario para las actividades de control, con el fin de alcanzar los objetivos institucionales.

Principios

16. La Administración, debe establecer actividades para la adecuada supervisión del control interno y la evaluación de sus resultados.
17. La Administración, es responsable de corregir oportunamente las deficiencias de control interno detectadas.



Principio 16 - Realizar Actividades de Supervisión

16.01 La Administración debe establecer las actividades de supervisión del control interno y evaluar sus resultados.
Puntos de Interés

Los siguientes puntos de interés contribuyen al diseño, implementación y eficacia operativa de este principio:

- Establecimiento de Bases de Referencia
- Supervisión del Control Interno
- Evaluación de Resultados

Establecimiento de Bases de Referencia

16.02 La Administración debe establecer bases de referencia para supervisar el control interno. Estas bases comparan el estado actual del control interno contra el diseño efectuado por la Administración. Las bases de referencia representan la diferencia entre los criterios de diseño del control interno y el estado del control interno en un punto específico en el tiempo. En otras palabras, las líneas o bases de referencia revelan debilidades y deficiencias detectadas en el control interno de la institución.

16.03 Una vez establecidas las bases de referencia, la Administración debe utilizarlas como criterio en la evaluación del control interno, y debe realizar cambios para reducir la diferencia entre las bases y las condiciones reales. La Administración puede reducir esta diferencia de dos maneras. Por una parte, puede cambiar el diseño del control interno para enfrentar mejor los objetivos y los riesgos institucionales o, por la otra, puede mejorar la eficacia operativa del control interno. Como parte de la supervisión, la Administración debe determinar cuándo revisar las bases de referencia, mismas que servirán para evaluaciones de control interno subsecuentes.

Supervisión del Control Interno

16.04 La Administración debe supervisar el control interno a través de autoevaluaciones y evaluaciones independientes. Las autoevaluaciones están integradas a las operaciones de la institución, se realizan continuamente y responden a los cambios. Las evaluaciones independientes se utilizan periódicamente y pueden proporcionar información respecto de la eficacia e idoneidad de las autoevaluaciones.

16.05 La Administración debe establecer autoevaluaciones al diseño y eficacia operativa del control interno como parte del curso normal de las operaciones. Las autoevaluaciones incluyen actividades de supervisión permanente por parte de la Administración, comparaciones, conciliaciones y otras acciones de rutina. Estas evaluaciones pueden incluir herramientas automatizadas, las cuales permiten incrementar la objetividad y la eficiencia de los resultados mediante la recolección electrónica de las evaluaciones a los controles y transacciones.

16.06 La Administración debe incorporar evaluaciones independientes para supervisar el diseño y la eficacia operativa del control interno en un momento determinado, o de una función o proceso específico. El alcance y la frecuencia de las evaluaciones independientes dependen, principalmente, de la administración de riesgos, la eficacia del monitoreo permanente y la frecuencia de cambios dentro de la institución y en su entorno. Las evaluaciones independientes pueden tomar la forma de autoevaluaciones, las cuales incluyen a la evaluación entre pares; talleres conformados por los propios servidores públicos y moderados por un facilitador externo especializado, o evaluaciones de funciones cruzadas, entre otros.

16.07 Las evaluaciones independientes también incluyen auditorías y otras evaluaciones que pueden implicar la revisión del diseño de los controles y la prueba directa a la implementación del control interno. Estas auditorías y otras evaluaciones pueden ser obligatorias, de conformidad con las disposiciones jurídicas, y son realizadas por auditores gubernamentales internos, auditores externos, entidades fiscalizadoras y otros revisores externos. Las evaluaciones independientes proporcionan una mayor objetividad cuando son realizadas por revisores que no tienen responsabilidad en las actividades que se están evaluando.

16.08 La Administración conserva la responsabilidad de supervisar si el control interno es eficaz y apropiado para los procesos asignados a los servicios tercerizados. También debe utilizar autoevaluaciones, las evaluaciones independientes o una combinación de ambas para obtener una seguridad razonable sobre la eficacia operativa de los controles internos sobre los procesos asignados a los servicios tercerizados. Estas actividades de seguimiento relacionadas con los servicios tercerizados pueden ser realizadas ya sea por la propia Administración, o por personal externo, y revisadas posteriormente por la Administración.

Evaluación de Resultados

16.09 La Administración debe evaluar y documentar los resultados de las autoevaluaciones y de las evaluaciones independientes para identificar problemas en el control interno. Asimismo, debe utilizar estas evaluaciones para determinar si el control interno es eficaz y apropiado. Las diferencias entre los resultados de las actividades de supervisión y las bases de referencia pueden indicar problemas de control interno, incluidos los cambios al control interno no documentados o posibles deficiencias de control interno.

16.10 La Administración debe identificar los cambios que han ocurrido en el control interno, o bien los cambios que son necesarios implementar, derivados de modificaciones en la institución y en su entorno. Las partes externas también pueden contribuir con la Administración a identificar problemas en el control interno. Por ejemplo, las quejas o denuncias de la ciudadanía y el público en general, o de los cuerpos revisores o reguladores externos, pueden indicar áreas en el control interno que necesitan mejorar. La Administración debe considerar si los controles actuales hacen frente de manera apropiada a los problemas identificados y, en su caso, modificar los controles.

Principio 17 – Evaluar los Problemas y Corregir las Deficiencias

17.01 La Administración debe corregir de manera oportuna las deficiencias de control interno identificadas.

Puntos de Interés

Los siguientes puntos de interés contribuyen al diseño, implementación y eficacia operativa de este principio:

- Informe sobre Problemas
- Evaluación de Problemas
- Acciones Correctivas

Informe sobre Problemas

17.02 Todo el personal debe reportar a las partes internas y externas adecuadas los problemas de control interno que haya detectado, mediante las líneas de reporte establecidas, para que la Administración, las unidades especializadas, en su caso, y las instancias de supervisión, evalúen oportunamente dichas cuestiones.

17.03 El personal puede identificar problemas de control interno en el desempeño de sus responsabilidades. Asimismo, debe comunicar estas cuestiones internamente al personal en la función clave responsable del control interno o proceso asociado y, cuando sea necesario, a otro de un nivel superior a dicho responsable. Dependiendo de la naturaleza de los temas, el personal puede considerar informar determinadas cuestiones al Órgano de Gobierno, en su caso, o al Titular. Tales problemas pueden incluir:

- Problemas que afectan al conjunto de la estructura organizativa o se extienden fuera de la institución y recaen sobre los servicios tercerizados, contratistas o proveedores.
- Problemas que no pueden corregirse debido a intereses de la Administración, como la información confidencial o sensible sobre actos de corrupción, fraudes, abuso, desperdicio u otros actos ilegales.

17.04 En función de los requisitos legales o de cumplimiento, la institución también puede requerir informar de los problemas a los terceros pertinentes, tales como legisladores, reguladores, organismos normativos y demás encargados de la emisión de criterios y disposiciones normativas a las que la institución está sujeta.

Evaluación de Problemas

17.05 La Administración debe evaluar y documentar los problemas de control interno y debe determinar las acciones correctivas apropiadas para hacer frente oportunamente a los problemas y deficiencias detectadas. También debe evaluar los problemas que han sido identificados mediante sus actividades de supervisión o a través de la información proporcionada por el personal, y debe determinar si alguno de estos problemas reportados se ha convertido en una deficiencia de control interno. Estas deficiencias requieren una mayor evaluación y corrección por parte de la Administración. Una deficiencia de control interno puede presentarse en su diseño, implementación o eficacia operativa, así como en sus procesos asociados. La Administración debe determinar, dado el tipo de deficiencia de control interno, las acciones correctivas apropiadas para remediar la deficiencia oportunamente.

Adicionalmente, puede asignar responsabilidades y delegar autoridad para la apropiada remediación de las deficiencias de control interno.

Acciones Correctivas

17.06 La Administración debe poner en práctica y documentar en forma oportuna las acciones para corregir las deficiencias de control interno. Dependiendo de la naturaleza de la deficiencia, el Órgano de Gobierno, en su caso, el Titular o la Administración deben revisar la pronta corrección de las deficiencias, comunicar las medidas correctivas al nivel apropiado de la estructura organizativa, y delegar al personal apropiado la autoridad y responsabilidad para realizar las acciones correctivas. El proceso de resolución de auditoría comienza cuando los resultados de las revisiones o evaluaciones son reportados a la Administración, y se termina sólo cuando las acciones pertinentes se han puesto en práctica para (1) corregir las deficiencias identificadas, (2) efectuar mejoras o (3) demostrar que los hallazgos y recomendaciones no justifican una acción por parte de la Administración. Ésta última, bajo la supervisión del Órgano de Gobierno o del Titular, monitorea el estado de los esfuerzos de corrección realizados para asegurar que se llevan a cabo de manera oportuna.

ACUERDO QUE ESTABLECE LAS DISPOSICIONES EN MATERIA DE CONTROL INTERNO, PARA LOS SUJETOS OBLIGADOS DEL PODER EJECUTIVO DEL ESTADO DE QUERÉTARO; Y ANEXO I, SECRETARÍA DE LA CONTRALORÍA: PUBLICADO EN EL PERIÓDICO OFICIAL DEL GOBIERNO DEL ESTADO “LA SOMBRA DE ARTEAGA”, EL 27 DE NOVIEMBRE DE 2017 (P. O. No. 81)

REFORMA

Fe de erratas a las disposiciones en materia de Control Interno, para los sujetos obligados del Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro: Publicado el 12 de enero de 2018 (P. O. No. 3)

Santiago de Querétaro, Qro., a 4 de enero de 2018.
SC/3/2018.

M. en D. Juan Martín Granados Torres
Secretario de Gobierno
P r e s e n t e

Por este medio y de conformidad con lo dispuesto en los artículos 26 y 29 de la Ley de Publicaciones Oficiales del Estado de Querétaro, le solicito proceda a la publicación de la Fe de Erratas en el Periódico Oficial "La Sombra de Arteaga", relativa a la publicación de las DISPOSICIONES EN MATERIA DE CONTROL INTERNO, PARA LOS SUJETOS OBLIGADOS DEL PODER EJECUTIVO DEL ESTADO DE QUERÉTARO de fecha 21 de noviembre del año 2017, emitido por el suscrito, publicado en el Periódico Oficial el pasado día 27 de noviembre de 2017, para quedar en los términos siguientes:

Fe de Erratas

En el numeral PRIMERO del Acuerdo **DICE**:

"PRIMERO.- Se emite el ACUERDO QUE ESTABLECE LAS DISPOSICIONES EN MATERIA DE CONTROL INTERNO, PARA LOS SUJETOS OBLIGADOS DEL PODER EJECUTIVO DEL ESTADO DE QUERÉTARO"

DEBE DECIR:

"PRIMERO.- Se emite el ACUERDO QUE ESTABLECE LAS DISPOSICIONES EN MATERIA DE CONTROL INTERNO, PARA LOS SUJETOS OBLIGADOS DEL PODER EJECUTIVO DEL ESTADO DE QUERÉTARO ***Y SUS ENTIDADES****"*

En el Artículo 1, primer párrafo **DICE:**

"***Artículo 1. BASES DE REFERENCIA, OBJETO Y ÁMBITO DE APLICACIÓN****.*
El presente acuerdo tiene por objeto establecer las disposiciones en materia de control interno, que los sujetos obligados del Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro deberán observar, con el fin de implementar los mecanismos necesarios que contribuyan a: …"

DEBE DECIR:

"***Artículo 1. BASES DE REFERENCIA, OBJETO Y ÁMBITO DE APLICACIÓN****.*
El presente acuerdo tiene por objeto establecer las disposiciones en materia de control interno, que los sujetos obligados del Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro ***y sus entidades*** *deberán observar, con el fin de implementar los mecanismos necesarios que contribuyan a: …"*

En el Artículo 2, fracciones XXXVIII y LV **DICEN**:

Artículo 2. DEFINICIONES*.*
Para efectos de las presentes Disposiciones se entenderá por:
…
XXXVIII. OIC: *Órgano Interno de Control de las dependencias y entidades paraestatales del Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro;*
LV. Sujetos obligados: *las Dependencias, Entidades Paraestatales, Órganos Desconcentrados del Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro;…"*

DEBE DECIR:

Artículo 2. DEFINICIONES*.*
Para efectos de las presentes Disposiciones se entenderá por:
…
"XXXVIII. ***OIC:*** *Órgano Interno de Control de las* ***dependencias del Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro y entidades paraestatales****…"*
"LV. Sujetos Obligados: las ***Dependencias del Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro, sus Órganos Desconcentrados y las Entidades Paraestatales****."*

Lic. y C.P. Alfonso Chávez Fierro
Secretario de la Contraloría del
Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro
Rúbrica

FE DE ERRATAS A LAS DISPOSICIONES EN MATERIA DE CONTROL INTERNO, PARA LOS SUJETOS OBLIGADOS DEL PODER EJECUTIVO DEL ESTADO DE QUERÉTARO: PUBLICADO EN EL PERIÓDICO OFICIAL DEL GOBIERNO DEL ESTADO “LA SOMBRA DE ARTEAGA”, EL 12 DE ENERO DE 2018 (P. O. No. 3)